

## DIVAGAÇÕES SOBRE AS OCCLUSÕES INTESTINAIS DO PERÍODO POST-OPERATÓRIO, DAS LAPARATOMIAS

por Oswaldo Hampe.

Sem dúvida alguma, constitue a occlusão intestinal, post-operatoria, uma das mais graves complicações, que sóem se manifestar, após as laparatomias.

E não deixa de ser, ela, uma das mais frequentes, destas complicações.

Neste momento científico, em que vivemos, a eficiente therapeutica anti-infectuosa, de que se dispõe, aliada aos meios preventivos, diminuiu, de maneira quasi completa, a importância dos processos pathológicos agudos do pulmão, em relação com as intervenções cirúrgicas, principalmente quando praticadas na cavidade ventral, de maneira a se terem tornado, em geral, benignos, de pouca frequência e destituídos, em consequência deste facto, da posição de predominância numeral e da gravidade geral de evolução, que possuíam.

Como phenomeno dependente do progressivo aperfeiçoamento de technica cirúrgica, que está a se verificar em toda a parte, outras graves complicações diminuíram, também, de frequência e de gravidade.

As hemorragias, a surgirem imediatamente ou alguns dias após as intervenções intra-abdominaes, se tornaram excepcionaes, de modo a poderem os cirurgiões conservar seus espíritos despreocupados, diante das possibilidades, quasi nulas, de se apresentar a indicação, para uma relaparatomia de urgência, destinada a refazer a hemostase de algum vaso importante, cuja ligadura se tiver desfeito ou cujo thrombus hemostático se tiver deslocado secundariamente.

Este aperfeiçoamento de technica, aliado a asepsia rigorosa, á antisepsia local e geral, ao tratamento pré-operatorio e post-operatorio dos doentes, reduziu, notavelmente, a frequência das infecções peritoneaes, localisadas ou generalisadas, de caracteres graves, e as erradicou quasi completamente, do cenário mórbido das intervenções cirúrgicas intra-peritoneaes.

Os cuidadosos e detalhados exames

dos doentes, nos quaes a indicação da therapeutica cirúrgica se impõe, e os tratamentos, que devem preceder a estas intervenções, destinados a reequilibrar e capazes de reequilibrar funções deficientes ou periclitantes, e aqueles que se seguem, destinados a manterem estas mesmas funções reequilibradas e a evitar o aparecimento ou a progressão de determinados syndromes ameaçadores da vida, tornaram, relativamente de pouca frequência e de gravidade reduzida, as hemorragias dyscrasicas e os choques operatorios, que eram, quasi sempre, de natureza altamente perigosa, para a existência individual.

As atelectasias pulmonares, os processos pathológicos agudos dos bronchios, do parenchyma pulmonar, hepático e renal, e os estados mórbidos vasculares, venosos, principalmente, as chamadas phlebitis, cederam, notavelmente, no que concerne a gravidade, inherentes a estes processos mórbidos, deante dos melhores métodos e dos melhores meios de anesthesia, que aparecerem, e deante dos cuidados, que se tem, com a manutenção da ventilação pulmonar e da circulação geral e venosa, em particular, e dos meios anti-infectuosos, preventivos e curativos, de que, com resultado, se lança mão, ao menor alarme, que surgir, de se ter estabelecido qualquer processo de toxinfecção, generalisada ou localisada em algum tecido ou órgão da economia.

Ao mesmo tempo, que a gravidade destes diversos estados mórbidos se achou diminuida, a frequência deles, como um phenomeno paralelo, se mostrou notavelmente menor.

Sob a influência bemfazeja dos meios therapeuticos, aos quaes nos referimos, e da tecnica cirúrgica aprimorada, em vigência, todas as variadas complicações do período, que sucede as intervenções cirúrgicas, todos os syndromes, que dramatisam o cenário physiologico dos operados, se tem attenuado, gradativamente, e, gradativa-

mente, se tem mostrado, cada vez, mais raras.

Entretanto, a occlusão intestinal pós-operatória parece se ter subtraído á acção destes differentes agentes, de modo a ter continuado no mesmo nível de frequência dos tempos anteriores, conforme se está a nos afigurar, desde que se leve em conta a percentualidade dos casos, que são observados.

Chega-se, até, a se ter a impressão de ser ella mais frequente do que anteriormente era.

A incidencia desta complicação operatória deve ser variada de cirurgião para cirurgião, de clinica para clinica, de hospital para hospital, já que no mundo muita coisa gira, não só em torno do acaso, mas está a depender, tambem, de outros factores intrinsecos ás personalidades dos profissionais da cirurgia.

Talvez possa ter havido algum cirurgião, a quem não tenha sido dado o ensejo de observar em sua propria clinica algum caso desta cathegoria de complicações.

Entretanto, já que se não possui o direito de duvidar, de uma maneira absoluta, até das cousas mais improvaveis, embora devamos ter sempre em mente a utilidade da duvida, fica-nos, contudo, ainda, aquelle direito de termos a convicção de constituir esta constatação um facto da mais extrema raridade, principalmente entre os technicos de larga experiencia.

Em se tratando deste assumpto de ileus, como quando se trata de todo e qualquer outro assumpto de nossa sciencia, ha uma coisa que não póde deixar de ser certa e que é constituida pelo facto de que nem todos os profissionais e estudiosos do thema hão de ver os phenomenos pathologicos, dependentes das occlusões, atravez do mesmo prisma de interpretação.

No espirito humano, existem particularidades, especiaes aos individuos, caracterisadoras de suas personalidades, que os levam a encarar, differentermente, os complexos problemas da vida, de modo a se poder ter a convicção, mas não a certeza, de se estar com a verdade.

Na medicina se faz sentir, a cada instante, os efeitos, que dimanam deste facto.

Por isso, ainda hoje, como consequencia fatal desta lei de psychologia, predestinada, parece, a instigar o espirito humano ás analyses detalhadas das cousas, se está a verificar, bastantes vezes, a discordancia na maneira de se apreciar e de se valorizar

alguns symptomas, a pathogenia de differentes doenças, a efficiencia de methodos therapeuticos e a valia de todo o conjunto de factos, em relação com certos estados pathologicos existentes.

De nenhum modo, devemos extranhar estes factos, por serem elles mais evidenciados em uma sciencia, na qual, muitas vezes, as bases, em que se assentam algumas de suas criações, não apresentam a solidiez, embora relativa, que seria de se desejar, que possuísse.

Assim, quando, na luz de nossas consciencias, surgir a recordação do facto, de que a propria logica, tão poderosa em si, é susceptivel de soffrer, em certos sectores do pensamento, algumas distorções, em as leis que a regem, de modo a se affastar dos methodos, que a presidem, quando applicada ás sciencias exactas, ás sciencias mathematicas, estas extranheza deve cessar de nos affligir, com as duvidas, talvez descebidas, sob nossa capacidade de analysar e de synthetisar.

Em os phenomenos biologicos, de natureza organica, á se processarem, quasi mysteriosamente ainda, na intimidade dos tecidos, dos órgãos e dos systemas tissulares, obedecendo ás forças que regem a vida, aonde a investigação scientifica é sempre difficil e exposta á multiplas causas de erros, as falhas, na interpretação destes phenomenos, em consequencias de permissas falsas e de raciocinios incorrectos ou divergentes, são, na realidade, deveras frequentes, como o estão a provar as differentes theorias de explicação dos factos, que constituem os diversos capitulos da medicina.

Muitas vezes estamos a collidir com a verdade, julgando, entretanto, estarmos a caminhar em rumos certos, nestas escabiosas veredas de nossa profissão.

Entretanto, no que se refere á nos, jamais nos esquecemos, em circumstancia alguma, do juizo, que fazia Mephistopheles, sobre a intelligencia do homem e sobre as suas pretensões.

Mas continuemos a divagar sobre a materia deste artigo, ao sabôr das ideias que se fôrem apresentando em o campo de nossa consciencia, comparando observações, analysando os factos considerados de importancia, reflectindo sobre elles, tentando extrahir, delles, alguma luz, para que, dahi, possa resultar, talvez, alguma coisa util, á quem vive.

" Objectivamos, em este estudo, apenas aquelle sector das occlusões intestinaes, em



relação com o periodo post-operatorio immediato, excluindo, dellas, aquellas occlusões, que sobrevem, tardiamente, e tambem aquellas do periodo intermediario, á se iniciar ha alguns dias após a alta hospitalar.

Excluidos tambem ficam sendo o ileus dinamico e as obstrucções ou, melhor dizendo, as occlusões da neo-bocca, das intervenções da cirurgia gastro-intestinal.

Syndrome de natureza muito grave é, sem duvida alguma, a occlusão intestinal, em geral; complicação, de caracter muito mais grave, é, incontestavelmente, a occlusão do periodo post-operatorio, immediato.

Não nos consta, que esta noção tenha deixado de ser, até hoje, um facto incontravertido.

Realmente, deante das razões de pathologia geral, este facto não podia deixar de ser desta maneira, porquanto este estado pathologico se vem manifestar em um individuo, cujas forças, neste momento, se acham, em geral, grandemente, abaladas, pela doença, que exigiu a intervenção cirurgica abdominal, e, tambem, pela acção depressiva, por ligeira que possa ter sido, desta propria intervenção.

Á estas circunstancias, se vem adduzir, como factor agravante, da mais alta importancia, a impossibilidade de se fazer, em um certo numero de casos, um diagnostico precoce e preciso da complicação, pelo facto de se achar a symptomatologia, reveladora da occlusão, obscurecida pela symptomatologia propria do periodo post-operatorio da cirurgia abdominal, principalmente naqueles casos, em que ella evolve dramaticamente.

A precisão diagnostica, em estas situações, se torna um requisito principal e imprescindivel, para que se possa justificar a realização de uma reintervenção cirurgica, em um individuo abalado em suas resistencias, e de tal modo abalado, que, algumas vezes, nelle, a simples laparotomia exploradora lhe poderão ser fatal.

Não resta duvida, que a acção cirurgica, a intervenção cruenta, nestes casos, constitua a therapeutica magna, a unica capaz de ensejar a cura destes doentes, lesados de morte, pela acção do mal, que lhes está a supprimir uma função vital e a intoxical-os gravissimamente.

Apezar disso e como uma consequencia logica do estado de gravidade das occlusões post-operatorias, o que deve constituir uma noção de sciencia, que se não deve olvidar, jamais, é que está a nos parecer, que,

nestas situações, não se tem o direito grave de agir, conforme o sabio ensinamento de Lejars, em os casos de ventre agudo, em os quaes nos aconselha a pratica da laparotomia de urgencia, embora subsistam duvidas sobre o diagnostico, pelo facto de uma laparotomia exploradora não ser, de modo algum, inocua, mas constituir, nestas condições, um acto cirurgico de gravidade evidente e altamente expoentisada.

Em virtude destas noções e destas exigencias, a intervenção cirurgica salvadora se pratica, em muitos casos, só com relativa demora.

Ha, certas vezes, grandes difficuldades, para se poder preencher, em tempo util, os requisitos de um diagnostico exacto da complicação, e para que se possa decidir o cirurgião, em meio hostil e não confiante, á realização de uma nova intervenção, a qual poderá ensejar, succedida ou não succedida, prejuizos ao seu conceito profissional.

Em occasiões analogas, é que deve o cirurgião possuir mão cabeça e coração (handhead and heart), conforme os tres H dos Mayos, e, então, toda a vez que a sua cabeça comprehender a situação do doente, seu coração deverá guiar suas mãos, sejam quaes fôrem as circunstancias, que reinaem no ambiente, em que estiver agindo, já que de sua acção prudente e decidida, vem depender, muitas vezes, a existência do doente, cuja salvação lhe ha sido confiada.

No que concerne á percentagem de frequencia, se tem a impressão de se não achar diminuido o numero de casos de occlusões do periodo post-operatorio, si é que, na realidade, não está elle augmentado.

Mas, no que diz respeito á evolução de cada caso, em si, está a se nos afigurar, se ter tornado, ella, de prognostico muito mais favoravel, de desenrolar mais benigno, o que, sem duvida, está a evidenciar o effeito do adiantamento scientifico, em progressão.

Embora não estejamos appoiados, em estatisticas numerosas, capazes de dissolverem, em sua vastidão, os desacordos provenientes dos pequenos numeros de observações, julgamos estar acertados, em esta nossa maneira de apreciar estas questões, baseados, apenas, em a pouco scientifica impressão do conjunto.

Na supposição de que existia, realmente, um augmento de frequencia das occlusões intestinaes, desta cathegoria, está a se nos afigurar que haja uma parte da

verdade no augmento de frequencia relativo, mas que a maior parte desta verdade se ache contida no augmento de frequencia absoluto, de conformidade com a maneira de interpretar o phenomeno, da qual faremos menção, mais para diante.

A frequencia, desta complicação, augmentou de um modo relativo, pelo facto de terem diminuido, de maneira notavel, ou quasi totalmente, o numero e a gravidade dos casos de pneumopathias agudas e pelo facto de terem diminuido, de uma maneira extraordinaria, o apparecimento das peritonites agudas, generalisadas, mortaes.

Tendo diminuido, por consequencia da acção therapeutica e do aperfeiçoamento da technica, a mortalidade em relação com as infeções graves do peritoneo, ficavam e ficam, com a vida que subsiste e que subsistia, nestes doentes, as condições precipuas, para a formação das oclusões e para a verificação daquellas, já estabelecidas, em o processo de peritonite-occlusão, de modo a virem ellas se revelar, em os dois subsequentes ás intervenções realisadas.

É dizer que, algumas vezes, a oclusão, já feita, vem a se revelar, porque ha sobrevivencia do doente, e que, outras vezes, a oclusão sobrevem em consequencia do processo de peritonite plastica de cura.

Este facto não deixa, na realidade, de constituir um pesado tributo, ao progresso scientifico, ao qual, entretanto, ha toda vantagem, em submeter-se, já que elle proporciona maiores ensejos de sobrevivencia, áquelles que procuram salvar suas vidas.

Além destes factores, de maior frequencia, relativa ou absoluta, deve ser assinalado o facto de ser feito, mais frequentemente, o diagnostico de oclusão, nos dias, que se seguem ás intervenções ventraes, devido á melhores meios de investigação, que existem actualmente, e á maior capacidade, clinica e scientifica, dos cultores da medicina, em os dias de hoje.

De modo que, si excluirmos a syndrome do periodo post-operatorio, das intervenções cirurgicas intra-abdominaes, fica a destacar-se, em frequencia e gravidade, entre as complicações, graves e importantes, destas intervenções, a oclusão intestinal, a se verificar, nos dias, que se seguem, de imediato, á esta cathegoria de intervenções cirurgicas.

Al algumas vezes, ou até muitas vezes, talvez seja mais apropriado expressarmos-nos desta maneira, em uma epocha recente, quando toda a manifestação pathologica

abdominal, grave, a surgir em o periodo immediatamente posterior ás laparatomias, era tida na conta de peritonite, não se fazia, conforme aquillo, que era possivel apreender em hospitaes, em clinicas particulares e na litteratura medica correlata, a identificação de oclusão intestinal post-operatoria, a não ser de uma maneira excepcional.

Não resta duvida, de que, na quasi totalidade dos casos de oclusões, consecutivos ás intervenções cirurgicas abdominaes, existe um processo de peritonite localisada, adhesiva, plastica, condiccionando o phenomeno anatomo-pathologico de supressão da luz do tubo gastro-intestinal.

Enquanto que este processo de peritonite attenuada constitue, apenas, a causa determinante da oclusão, está a constituir esta oclusão, tomada em si, como phenomeno principal, a entidade morbida, de que estamos a tratar, em toda a sua plenitude.

Na peritonite—aguda, propriamente dita, póde existir, concomittantemente, o ileus mechanico, mas a peritonite fica sendo a doença de primeiro plano; sendo que, nestes casos, a oclusão só poderá vir se evidenciar, sómente poderá vir ter historia clinica, si a grave infecção peritoneal vier a ceder em intensidade e vastidão, isto é, si vier a curar, deixando, como phenomeno residual, entre outros mais, a interrupção de transitio, já referida.

Em outros tempos, succumbia um numero de operados, bem maior do que o de hoje, em consequencia desta complicação, devido ao facto de não terem sido feitos os diagnosticos respectivos das doenças, que vinham complicar as laparatomias.

Rapidamente, chegavam estes operados, ao exito lethal, acreditando-se, que estivesse a tratar, de um processo de peritonite aguda, super-aguda, toxica ou de outra sub-classificação qualquer.

Tratava-se, então, as inflammções peritoneaes, pelas laparatomias, com drenagem, de varios typos e systhemas, acompanhadas, ou não, de lavagens, com soluções de varios antisepticos, ou, apenas, com fluidos innocuos, que agiriam por acção mechanica, como a agua fervida e o soro physiologico.

Aberto o ventre, quasi nunca, se aventurava cirurgião a vencer as adherencias e a seguir as alças intestinaes, em qualquer direcção, que fôsse, para ter, a possibili-

dade, uma vez ou outra, de verificar uma lesão obstrutiva da luz intestinal e de ter, assim, o ensejo de fazer uma therapeutica positiva, capaz de permitir, nestes casos, o restabelecimento da saude do doente.

Prevalecia, então, o dogma cirurgico de se considerar as synechias como sendo um *nolli me tangere*, dogma, cuja inobservancia, constituia um imperdoavel erro de technica cirurgica, devido ás lesões visceraes, que podiam resultar da acção operatoria mais corajosa e mais racional, e ao facto de a famosa barreira de defeza da grande cavidade peritoneal vir a ser desmantelada, em consequencia das manobras necessarias ao acto de liberaçã das visceras.

Nas tentativas feitas, para se abrir abscessos intra-peritoneaes ou para libertar determinados órgãos de suas adherencias epiploicas, intestinaes ou outras, veio a se revelar a fragilidade das visceras, pathologicamente alteradas, de modo a poderem ser facilmente rompidas, perfuradas, deperitonealisadas, de maneira a se poder, apesar da acção cautelosa, produzir lesões graves e irerparaveis.

A resecção intestinal, que se tornava necessário fazer, de quando em vez, era uma intervenção de technica difficil e de resultados duvidosos, à cuja realisação, sómente se aventuravam os cirurgiões de alta cathegoria.

Diante dos insucessos constantes, da therapeutica sangrenta, propenderam numerosos profissionais, para a therapeutica médica, incruenta.

Seguia-se a orientação do primun non noscere e deixava-se morrer, quasi todos os doentes, sem que se procurasse outros meios, para cura-los ou para esclarecer os casos, em si, de modo a se poder differenciar, nelles, a entidade morbida predominante, e, consequentemente, tentar a cura, mais scientifica, do processo mórbido em vigência.

Não resta dúvida, que a technica cirúrgica, de então, se achava, ainda, muito atrasada, na justa relação das cousas.

Não se via claro, no meio das multipas manifestações symptomaticas, de origens reflexas, toxicas, infectuosas e humoraes, as expressões individualisadoras dos processos pathologicos, que estavam a complicar a situação dos doentes, em os dias seguintes ás intervenções cirurgicas abdominaes.

Não se conhecia os methodos de ane-

lyse das funções organicas primordiaes e, por êsse facto, não se podia cogitar de corrigir seus disturbios.

A therapeutica anti-infectuosa, preventiva e curativa, e as diferentes medicações tonica, anti-toxicas e exitantes da vitalidade e das funções organicas, eram, em parte, desconhecidas ou, sómente, conhecidas, de maneira imperfeita e empregadas inadequadamente ás situações pathologicas, que se apresentavam.

A transfusão sanguinea, de resultados tão efficazes, nos casos, em que se acha indicada, de maneira a nos permitir, até, de adjectival-a de medicação admiravel, constituia um methodo therapeutico, de excepção, devido aos perigos ou antes ao perigo mortal, que apresentava, muitas vezes.

Não se conhecia os grupos sanguineos, não se pesquisava as incompatibilidades de sangue, entre doadores e receptores, e os graves phenomenos **anaphylticos**, produzidos pelos elementos do grupo Rh, não haviam sido estudados ainda.

Por isso, não é de se admirar, que os cirurgiões, após um período de tentativas infructiferas, que fizeram, para conseguir a melhora da percentagem de curas, tivessem recuado, quasi systematicamente, deante do acto de therapeutica cirúrgica.

Uma intervenção cirúrgica, praticada, nas condições, em que se trabalhava, naquelles tempos, constituia uma acção, que se realizava, na obscuridade, sem que se vizasse algo mais do que o restabelecimento do trânsito intestinal, sendo provida de alta mortalidade.

Actualmente, já como consequência da theoria de estar a depender a phenomenologia das oclusões de uma intoxicação endogena, originada no próprio fóco de interrupção do transito intestinal, já como consequência dos melhoramentos da technica operatoria e dos diferentes meios e methodos de se prevenir e de se combater as variadas complicações, que costumam acompanhar a estes estados, como sendo uma expressão natural das causa determinadas delles, a situação se acha mudada, sensivelmente, no sentido de se poder obter um resultado muito melhor, a favor da sobrevivencia dos reoperados, de maneira que, não só nos achamos autorisados a agir, cirúrgicamente, em estas complicações, como, também, pesa, sobre nós, ineluctavelmente, o dever de estarmos, continuamente, a espreitar o apa-

recimento dellas, para supprimirmos, sem vacillações, por meio de uma reintervenção operatoria, o estado pathologico, que se apresentar, desde que estiver elle sob a alçada da therapeutica cruenta.

Deante deste imperativo, que está, cathegórica e gravemente, a gravar a responsabilidade moral do cirurgião, sobretudo perante sua própria consciência, necessário se torna, que suas faculdades de investigação clínica estejam, incessantemente, dirigidas sobre as manifestações pathologicas de seus operados, de modo a lhe ser possível surprehender, em tempo oportuno, a presença de uma occlusão intestinal, para que se possa fazer a therapeutica efficaç e decisiva, sem que nos possamos re-criminar por desleixo e desatenção, de consequências fataes.

Na persiguição desta finalidade, embora não se tenha o direito de desprezar certos indícios, que a natureza nos pôde offerecer, algumas vezes, devemos nos lembrar, sempre, da utilidade de sermos methodicos e de procedermos por comparação e por analogia, procurando simplificar, sempre que fôr possível simplificar, para resolver-se, com amior facilidade, os problemas, que se nos apresentarem.

Na clinica, analogamente ao que se procura fazer em outros ramos dos conhecimentos humanos, também, é possível simplificar-se, algumas vezes, os dados dos problemas, que se nos apresentam, excluindo de nossa ponderação aquelles destituídos de real valor e fazendo prevalecer, em nossas conclusões, somente os symptomas providos de expressões pathologicas indubitaveis.

Procedendo, conforme esta orientação, devemos nos limitar ao estudo, detalhado e cauteloso, de alguns symptomas, de comprovado valôr, fazendo-os resaltar, fazendo-os vir ao primeiro plano, no meio da symptomatologia, multiforme e confusa, que sóe reinar, ás vezes, nestas situações pathologicas, para que nos seja possível, com mais facilidade, apreciar e interpretar as suas expressões, reveladoras de alterações funcçionaes e anatomicas, de modo a nos permitir estabelecer, com a maior segurança possível, o necessario diagnostico, do estado morbido em acção.

Consiste a sabedoria do clinico, em ter o bom senso de enxergar claro e de se apossar do essencial, do que existir, no meio do quadro morbido, ás vezes, confuso, que está a reinar em o doente, para po-

der diagnosticar, com certeza sifficiente.

Mas nem sempre succede, assim, na pratica; nem sempre o nosso espirito se acha capaz de se concentrar, sobre um determinado ponto, com o mesmo poder de persistencia; nem sempre a nossa intelligencia tem a mesma capacidade de compreender as cousas; nem sempre a nossa consciencia illumina, com o mesmo fulgor, os factos, que se lhes apresentam.

E nem todos nós possuimos identicos talentos de analyse e de synthese dos phenomenos da medicina.

Ás vezes, até aos mais penetrantes espiritos clinicos, em certas situações difficeis, escapa a possibilidade de estabelecer o diagnostico, em tempo util.

Em outras occasiões, um bafejo de genio tem scintillar, até, mediocres cerebrações, em as situações as mais confusas, que se possa imaginar.

Infelizmente, em medicina, estes bafejos dos genios são, deveras, observados, somente, de maneira muito rara.

Além destes factores, que se localizam nas espheras da erudicção e da atenção e da intelligencia clinica, outros existem, a imperarem, na ordem moral, que estão a retardar ou a impedir a realisação da intervenção, em o tempo oportuno, os quaes estão a depender das circunstancias adversas do ambiente desfavoravel ao medico.

Em consequencia deste facto, se tem verificado, não só vacillações, mas, até, recus, para realizar-se a intervenção salvadora.

Não resta duvida, que a relaparatoria, a ser feita, alguns dias após a primeira intervenção, em um doente por nós mesmo operado, constitue uma acção, que exige, de nós, energia e multiplicado dispendio de força de vontade, porquanto, sua realisação representa um duro esforço de moral, deante da athmosphera de duvida em nossa capacidade profissional, que vem a reinar, quasi sempre, nestes casos, em a clinica privada.

Contudo, em estas situações, seja em que meio fôr, que estiver agindo o cirurgião, haja recriminações, suas proprias, contra sua technica, em o caso em equação, ou contra o seu desleixo operatorio, exista ambiente hostile, de desconfiança ou, até, inimigo, deve elle elevar seu coração acima de todas as vicissitudes e, serenamente, senhor de seus actos, com a intelligencia a fulgurar e a mão a se mo-

ver e com precisão, indiferente ao ambiente, com a personalidade concentrada no doente, deve elle reintervir, cirurgicamente.

Talvez, em consequencia destas circunstancias de ambiente desfavoravel e hostile ao medico, tivesse, ha annos já, succumbido, sem relaparatomia, em a nossa capital um amigo, operado de appendicite aguda por um collega de merito indiscutivel.

Em a nossa visita, não profissional, no sexto dia da intervenção, tivemos ensejo de verificar, á evidencia, a symptomatologia reveladora da occlusão post-operatoria, a qual nos parecia não se poder prestar a confusões de nenhum especie.

Progridam, de geito que fôr possível progredir, os conhecimentos humanos, de-verá, contudo, sempre, haver num certo coefficiente destes casos, sem que seja possível se os annular completamente, a não ser que a propria natureza humana venha a se modificar notavelmente, de maneira a se não vir verificar, em o homem pensante, momentos de desatenção ou obnubilações e até ecclipses de sua intellectualidade.

A intelligencia de nossa especie, nem sempre, tem o mesmo poder de penetração para a comprehensão dos phenomenos capazes de serem investigados.

Ha, nella variações, para mais e para menos, em o mesmo individuo, conforme certas circunstancias estiveram a actuar, de maneira excitante ou deprimente, sobre as delicadas e differentenciadas organizações ou funcções, de que dimanam as faculdades intellectuales,

Em certas occasiões, em certos dias ou, até, em certos instantes, vem faltar, em determinados momentos de responsabilidade, aos mais illustres clinicos, áquelles dotados de extraordinaria perspicacia, do faro medico fóra do normal, do genio profissional, propriamente dito, a agudeza habitual do seu poder de investigação scientifica, de analyse, de comparação, de reflexão e de synthese, phenomenos que se processam sob o controlle da auto-critica, de modo a poder ficar prejudicada a resolução do problema de medicina, que se lhe apresenta, e, por consequencia a-quelle de therapeutica, especialmente.

Algumas vezes, o canção physico ou as alterações moraes, outras vezes, ligeiros disturbios da saude somatica, provindos de auto ou de exintoxicações, que se não

leva em consideração, vem prejudicar a agudeza de nossas faculdades intellectuales debilitando nosso poder de dirigir e de sustentar, continuamente, nossa atenção voluntaria, na persiguição da resolução vislumbada, de um problema clinico, que se não objectiva francamente e que, por isso, escapa á nossa capacidade de identificação.

Embora a vida intensa de nossa era nos tenha outorgado um progresso phantastico, contudo, não deixa, tambem, de, em certas occasiões, com suas exigencias da lucta pela subsistencia, nos obrigar a pratica de exames perfunctorios, os quaes nos levam a errar, algumas vezes, igualmente.

Mas, nem sempre, cabe ao cirurgião, a culpa de não ter feito o diagnostico exacto ou de sómente o ter feito tardiamente.

Não se póde, em certos casos de syndrome abdominal das laparatomias, que decorrem dramaticamente, constatar, com segurança, os symphomas caracterisadores de uma occlusão post-operatoria.

Não se póde extrahir ou isolar, convenientemente, do meio das multiplas manifestações pathologicas, desde syndrome, aonde as dysfuncções glandulares, circulatorias da morricidade intestinal, imperam soberanamente, depois de se terem instalado, sob o influxo, depressor, desregulador, do acto operatorio, o qual irritou, desregulcu, desequilibrrou e siderou as funcções das organizações nervosa, prepotas á manutenção da harmonia funcional destes phenomenos.

Quer isto dizer, que, nestes estados, quando prolongados, alem do tempo habitual, e, tambem, em outras situações confusas, que pódem aparecer nesta phase, o grupo de symptomas, proprios das occlusões, subtrahese ou escapa, á nossa investigação clinica, em um certo numero de casos, de maneira a não se poder ter o direito de, baseados em signaes fallazes, indicar e executar uma relaparatomia, de natureza assaz perigosa, em tão curto intervalo, a distancial-a, da primeira intervenção.

Alem disso, embora de uma maneira rara, mas não constituindo raridade, para que se possa deixar de chamar a atenção sobre o facto, existem symptomas, considerados principaes, que falham redondamente, e que, em consequencia disto, complicam, gravemente, a solução da equação de diagnostico, e nos levam a tardar, si

nelles confiarmos demasiadamente, na identificação da doença, que está a complicar o caso.

Vê-se, pois, que existem causas de erros, capazes de nos levar a indicações e a protelações, no estabelecimento do diagnostico das oclusões, e capazes, igualmente, de nos induzir em erros de diagnostico, justamente, em situações, que estão a exigir solução prompta deste problema.

Em a epocha cirurgica, em que a oclusão intestinal era equivalente de supressão immediata, completa e definitiva, da emissão de ventos e da evacuação de fezes, o problema diagnostico se apresentava como sendo de resolução realmente singela.

O diagnostico differencial não offerecia dificuldades, em geral, para os nossos maiores.

Admittia-se, que o intestino dos operados não se movia, já porque existia a peritonite, a qual paralysoava, conforme a lei de Stokes, a motricidade de sua musculatura, ou já porque seu transito achava-se obstaculado por alguma alteração de natureza organica.

Reinava, então, uma confusão geral, na interpretação dos phenomenos dominantes, em estes estados pathologicos.

Attribuia-se, ás vezes, á acção de uma peritonite e, vice-versa, julgava-se estar deante de uma peritonite, em alguns casos de oclusões, mormente depois das laparatomias.

E, nestes ultimos casos, a hypothese, de se estar a tratar de um caso de peritonite, adquiria os fóros de uma verdade incontestavel, quando se verificava a evacuação de fezes e a emissão de gazes, espontanea ou therapeuticamente provocadas.

Admittia-se a possibilidade de movimentos intestinaes evacuadores, em alguns casos de peritonite, o que não deixa de ser um facto, capaz de ser constatado, algumas vezes, mas, negava-se, então, de maneira peremptoria, a possibilidade de se verificar a emissão de gazes e de evacuação de fezes, nas oclusões intestinaes, o que estava a constituir uma noção de todo errada.

Por toda a parte, em que se estuda a medicina, ninguém põe em duvida a grande importancia, que ha, na supressão da emissão de ventos e da evacuação das fezes, para o estabelecimento do diagnos-

tico de oclusão intestinal, de qualquer natureza que seja ella.

Entretanto, é do conhecimento de todos, que este diagnostico não pôde ser baseado, em absoluto, sobre a constatação deste phenomeno.

Nos primeiros dias de uma oclusão intestinal, quando o diagnostico deve ser feito com clareza, já que delle depende a therapeutica efficiente, este symptoma pôde não se deixar verificar, de modo a não se poder, de geito nenhum, excluir a hypothese de ileus intestinal, pelo facto de não haver supressão da função evacuatora do intestino.

Os factos têm ensinado á todos nós, que pôde haver oclusão intestinal, em um doente, que evacua e que emite gazes, o que veio a se tornar uma noção clinica, de tanto relevo, que se está a impor, sem discussão, á ponderação de todo o medico, que se vir deante de situações semelhantes.

O segmento de intestino, situado á juzante da lesão obstructiva, apesar do reflexo inhibitor e desregulador de suas funções, que se origina no ponto, que se obstrue, pôde, sob certas influencias, exonerar seu conteúdo, em uma ou mais vezes, e tantas vezes mais, quanto mais alta estiver situada a lesão interruptora do transito intestinal.

Sobre este facto, sobre esta noção, que merece real relevo, deve pairar sempre a nossa attenção, de maneira a estarmos em condições de evitar erros de diagnostico e de prevenir delongas na identificação do mal, o que pôde decorrer da circumstancia de não termos na lembrança, á superficie da memoria de evocação, a possibilidade da existencia destes casos.

Em estes casos, o requisito, de diagnostico exacto e precoce, é de alta importancia, e constitue um alvo, que deve ser procurado attinjr, com a maior exactidão possivel, porquanto não se tem o direito de intervir, estando-se na duvida, pelo facto de constituir a reintervenção, a simples relaparotomia, neste periodo post-operatorio, um acto cirurgico grave e altamente perigoso, como já dissemos.

Em synthese, na oclusão intestinal post-operatoria, immediata, o diagnostico, si, em alguns casos, é facil, torna-se, contudo, na maioria das vezes, uma equação clinica importante, difficil de ser resolvida promptamente, e constitue, também, em outras vezes, vezes bastante raras, na

verdade, um problema de solução impossível, em tempo util, em tempo cirurgico, mais propriamente fallando.

Às vezes, até, o diagnostico, nestes casos de symptomatologia obscura, vem surgir, como consequencia de um processo de synthese clinica, a se processar na subconsciencia, baseado em um agrupamento de signaes de presumpção, providos, em si e pela circunstancia de se acharem agrupados, do significativo valôr de possuirem alta probabilidade de estarem a exprimir a entidade morbida, que se procura identificar.

Eis porque, o cirurgião, consciente da possibilidade de surpresas desta cathegoria, deve, em os periodos post-operatorios, principalmente naquelles de evolução anormal, estar sempre attento sobre as possibilidades pathologicas, que possam sobrevir, nesta phase, e ter, sempre, concentrado o poder de sua intelligencia e de seu saber, sobre o estado destes doentes, de modo a não se deixar surprehender, já tardiamente, por alguma complicação de natureza grave.

Não é sómente, na capacidade de se fazer o diagnostico precoce e exacto de occlusão intestinal post-operatoria, que conduz a realização subsequente da intervenção, em tempo util, que reside a solução do problema de therapeutica cirurgica, destes casos pathologicos.

Ha, tambem, em o problema da therapeutica, a orientação thecnica, que se deve ter, ao realizar-se o acto cirurgico, o qual deve variar, conforme as circunstancias, que se apresentarem.

A intervenção não deve consistir, meramente, na realização do acto operatorio, adequado ao restabelecimento do transitio intestinal, porque, desde quando, em nossa acção therapeutica, estiver a noção da solução, como sendo um fóco toxico, a orientar a nossa technica operatoria, se deve agir de modo a visar, simultaneamente, as condições geraes do doente e as condições locaes das lesões, de maneira a se ter o direito de esperar, com as intervenções realizadas e apropriadas a cada caso, em si, maior percentagem de sucessos de curas, deste mal.

Ao intervir-se, operatoriamente, muitos actos cirurgicos, a serem realizados, devem variar, de caso para caso, de conformidade com o estado das lesões existentes, com a localização dellas, com o gráo de perturbação das funções do trac-

tus intestinal, em sua tonacidade, em seu peristaltismo e em o seu equilibrio de secreção e de reabsorpção dos liquidos, o que sómente se está em condições de poder apreciar convenientemente, após a realisação das laparatomias quando a exposição das visceras e das lesões vier confirmar e corrigir a ideia, que se tinha, do estado morbido intra-abdominal.

Para atinir-se este objectivo, naquelles casos, em os quaes se é levado a reoperar o seu operado, de poucos dias, deve o cirurgião, pelo poder da propria vontade ou pela auto-sugestão, dominar todo o tumultuar de seus sentimentos ou das ideias prejudiciaes á sua acção, elle tem necessidade de — sich fassen — e operar, serenamente, como se fôsse um caso banal de occlusão intestinal.

A maior gravidade, real, destas occlusões do periodo post-operatorio, devido a resistencia abalada do doente, de um lado, e á repetição do traumatismo operatorio, de outro lado, não nos deve fazer recuar, nestas graves emergencias, do cumprimento de nosso dever, já que delle depende a sobrevivencia de alguns operados, fatalmente perdidos, sem a reintervenção cirurgica.

Na cirurgia de nossos dias a percentagem de lethalidade tem decrescido continuamente e se ha reduzido a proporções, realmente, pequenas.

Justamente, como consequencia deste facto, os cirurgiões, da actualidade, se resentem, profundamente, deante de seus insucessos profissionaes, porquanto não se acham mais acostumados a exitos lethaes frequentes.

Deve desta mesma circunstancia, provir a irresolução de agir, que nos invade, algumas vezes, em os casos de forte gravidade e de possivel repercussão desfavoravel, e que se assemelha a um acto de defeza de um conceito profissional, conquistado, quasi sempre, com duro esforço.

Entretanto, estas considerações, de ordem secundaria, não devem prevalecer, de maneira nenhuma, nestes momentos graves, principalmente entre os profissionaes do interior, sobre quem pesa, muitas vezes, a obrigação, de agir sósinhos.

Devemos, nestas situações, entrar na posse de um estado moral dominador, de modo a nos ser ensejada a possibilidade de agir sob o clarão, o mais luminoso possivel, da luz de nossa intelligencia e de nossa sabedoria, para que possamos illuminar,

com os raios concentrados de nossa visão interior, os actos cirurgicos a serem realizados, de conformidade com aquillo, que nosso discernimento julgar apropriado.

Na realidade, o cirurgião cumpre com o seu dever, fica satisfeito, por este facto com sua consciencia, entretanto, elle não se acha satisfeito com os resultados, que o actual estado de progresso da cirurgia, lhe permite obter, neste sector de sua acção.

A eloquencia, da alta percentagem de mortalidade, nestes casos, está a exigir, que se progrida, tambem aqui, para que se possa reduzir a lethalidade a níveis baixos, como em outros sectores da cirurgia.

É em consequencia destes factos, que o cirurgião, alem de ser um clinico e um technico, se vae tornando, ás vezes, tambem, um scientista, que analysa o que lhe é dado observar, em suas intervenções, e que realisa experiencias, destinadas á uma melhor interpretação dos factos constatados, de modo a poder vislumbrar ou verificar, alguma vez, a presença de algum facto ou a vigeria de alguma lei de medicina, capaz, talvez, de ensejar algum resultado util para a pathologia e para a therapeutica.

Felizmente, para a humanidade, a medicina não é uma sabedoria estagnada.

Ella não consiste, apenas, na arte de curar, baseada em uma sciencia de caracter immutavel, dogmatico, como acontecia na sua era theologica.

É uma sciencia em estado continuo de revolução, de adaptação ás verdades, que se estão a affirmar e a prevalecer, durante um tempo, de extensão indeterminada, na maioria das vezes, embora ephemero.

Talvez, em nenhuma outra entidade morbida, a ignorancia dos phenomenos intimos, das verdades occultas, em relação de causa e effeito, com a symptomatologia, com a pathogenia, com o succeder dos phenomenos pathologicos e com a therapeutica, se faça sentir, de um modo tão sensivel, como no ileus mechanico post-operatorio.

Por isso, o homem, incançavel desbravador de todo os desconhecidos, anda a cata de todas as verdades occultas, para poder tirar das leis geraes, que regem estes phenomenos, os elementos apropriados para melhorarem as condições da vida.

Por isso, se tem procurado saber dos segredos dos phenomenos intimos das oc-

mente, de um modo acertado, e para se poder explicar o porque de seus actos.

Compreende-se, assim, que experiencias tenham sido feitas, que observações tenham sido reestudadas (ruminadas) e que theorias tenham surgido nas tentativas realizadas, para se esclarecer os phenomenos intimos e apparentes das occlusões e para se justificar a razão dos methodos therapeuticos, a empregar-se, para se conseguir a cura desta doença.

Quasi todas as theorias explicativas da pathogenia, deste estado pathologico, chegam a conclusão, de que toda a expressão morbida, aparente ou a se poder verificar na intimidade dos tecidos, vem a depender, excluida sendo a phenomenologia reflexa inicial, que é concomitante com o acto mechanico proprio do ileus, de uma auto-intoxicação do organismo, pelas substancias albuminoides ou de outras naturezas, que se geram, contehudo das alças intestinaes, interrompidas no seu transito e modificadas em sua constituição, ou por alterações processadas, em proprios elementos cellulares, formadores dos tecidos, que constituem as paredes intestinaes.

Outros pesquisadores interpretam a phenomenologia do mal, em questão, como sendo dependente de alterações dos centros vaso-reguladores do organismo.

E, uma, outros, torrindo um terceiro grupo de entendidos na materia, veem, no quadro morbido da doença, meramente, a acção da infecção do peritoneo, originada pela migração de germes morbigenos, atravez da parede do tractus digestivo.

O conhecimento do mecanismo das perturbações das funcções do aparelho digestivo e das funcções geraes do organismo, em as occlusões intestinaes, contem, em si, uma importancia da mais alta categoria, porquanto, nelle, reside o substratum intellectual da tactica operatoria, deste estado pathologico, em todas as suas differentes phases e em todas as modalidades, com que costuma se apresentar, de modo a poder orientar a technica a seguir-se, em cada caso.

De uma maneira logica, se impõe, ao espirito do operador, o sisthema de agir, conforme as condições existentes, em o momento, em que a laparatomia expuzer, á sua apreciação, visceras e lesões.

A supressão do obstaculo ao transito intestinal ou o restabelecimento cirurgico, deste transito, constitue um dos actos principaes da therapeutica das occlusões, em-



bora, certas vezes, seja-se obrigado a prescindir desta supressão, deante das más condições de resistencia dos doentes, que estão a exigir acção de urgencia e de rapidez extremas.

A eliminação do fóco de intoxicação do organismo e a acção de desintoxicação, deste organismo, quando estiver, elle, neste periodo de intoxicação, constituem outros actos principaes da therapeutica das oclusões, sendo, ás vezes, de tal importancia, estes actos, que elles chegam a se tornar os mais importantes, na intervenção operatoria, que se está a fazer, e na therapeutica, subsequente e esta intervenção, que se impõe, do modo até, a serem, algumas vezes, os unicos a poderem ser realizados.

E, como terceiro acto principal, que está a exigir, em toda a cirurgia, uma atenção especial, apresenta-se a maneira de agir, para prevenir o choque operatorio, de tão alta importancia, porque é extremamente grave, em os doentes, cujas forças se acham notavelmente diminuidas, como sóem se verificar, via de regra, naquelles atacados de oclusões no periodo post-operatorio, em os quaes, já de inicio, os disturbios, sobrevindos na dinamica do tubo digestivo e no equilibrio do phenomeno physiologico da secreção e de reabsorção da enorme massa liquida, correspondente ao volume do sangue e da lymphá, que se processa em a mucosa gastro-intestinal, em as vinte e quatro horas do dia, condicionam, rapidamente, um estado de resistencia vital, devêra precario, que será agravado, nos dias seguintes, pelos phenomenos toxicos ou auto-toxicos, que se aduzem, de modo inexoravel.

Supprimida, que seja, a capacidade de transito intestinal, em consequencia do fechamento da luz deste órgão, alterações pathologicas, de character secundario, se vem processar, no ponto da parede intestinal, que está a soffrer a acção primaria do agente de oclusão, no segmento da parede, que ficar acima do citado ponto obstruido, e no conteúdo deste tubo, e vem condicionar phenomenos morbidos, locais e geraes, providos da mais alta importancia.

Em consequencia de uma acção reflexa, que se origina no ponto obstruido do intestino, ou dizendo, talvez, com mais propriedade, em consequencia do abalo, que sofre o *systhema nervoso* do tubo digestivo, o qual está em relação com a le-

são focal, sobrevem um augmento da secreção intestinal e um retardamento da capacidade de reabsorção dos liquidos, em o segmento visceral supra-lesional, manifestam-se perturbações, para mais e para menos, da intensidade do peristaltismo, dificuldades na circulação sanguinea local, disturbios no regimen circulatorio do *systhema Porta* e da grande circulação e phenomenos de anti-peristaltismo.

No segmento da parede intestinal, que sofre a acção directa do agente pathogenico da obstrucção, verifica-se alterações histologicas, das mais importantes, as quaes se acham em relação immediata com a deficiencia circulatoria e nutritiva, existentes neste segmento.

Para cima deste ponto, a alça immediata, em primeiro lugar, em seguida, as outras, que se seguem, vêm a se alterar, da mesma maneira, entretanto de um modo mais demorado, mais retardado, a medida que sua circulação parietal fôr diminuindo e se extinguindo, pela pressão intra-intestinal, excentricamente a se fazer, de modo continuo e progressivo, contra a parede continente do intestino, comprimindo, gradativamente, toda a qualquer organização vascular, as veias primeiro, as arterias depois, e perturbando, por consequente, a nutrição e o estatus das organizações cellulares e tissulares.

Em uma primeira phásé do mal, o peristaltismo lucha, energicamente, para expugar o obstaculo ao transito.

Depois a sua energia se vae extenuando, gradativamente, até cessar de todo.

Não se observa, simultaneamente, o esmorecimento da contractilidade da musculatura do intestino, em toda a sua extensão, mas, principalmente, na alça justalesional, extendendo-se, dahi, progressivamente, para cima, na direção oral, de um modo regular, salvo quando a thrombose mesenteriva vier destruir esta ordem de progressão do phenomeno pathológico.

Cessado o periodo das contracções intestinaes, energicas, rythmadas e periodicas, installa-se a phase da parilysia e da dilatação da viscera occa, as quaes, parilysia e dilatação, quando estiverem em relação com lesões histologicas definitivas, da cathegoria daquellas em que não é mais possivel o phenomeno da *restitutio ad integrum*, se acharão, tambem, como expressão de um phenomeno logico de pathologia, em um estado de completa irremobilidade.

Enquanto, isto se está a verificar, em o visceral, que se acha situado acima do ponto de interrupção do transito, constata-se que o segmento intestinal, situado á juzante do lugar de obstrucção, conserva a sua normalidade anatomica, e poderá, por consequencia deste facto, contrahir-se, energicamente, fôr sollicitada esta funcção.

Este desfalecimento, do poder de contractilidade das fibras lisas do tubo gastro-intestinal, coincide, em geral, com importantes disturbios, de ordem local e de ordem geral, do organismo, que estão a depender das graves alterações histologicas das paredes e deste órgão, de que já fizemos menção, anteriormente.

Calada, que seja, a reacção motora do intestino, extincta estando a sua tonicidade, a pressão excentrica do conteúdo contra o continente, se faz sentir, cada vez, mais intensa, de maneira a sobrevir, como consequencia da anemia resultante desta força, a desintegração histologica dos tecidos formadores das paredes do intestino e o formação de substancias toxicas, em consequencias deste phenomeno de histolyse, as quaes irão determinar alterações da circulação geral, com desregulação dos centros bulbares prepostos ao equilibrio circulatorio e vaso-motor, originando-se, em consequencia deste facto condições pathologicas, que lembram aquellas dependentes das estagnações sanguineas no *systhema Porta*, por entumescimento das *cellulas hydraulicas* de *Havlicek*.

Seja de que geito fôr, que os graves phenomenos, que os observam no *ileus mechanico*, se venham a originar, o que não resta duvida é, que a impressão, que se tem, é, de que, uma auto-intoxicação deve ser responsabilizada, como causante da *symptomatologia*, da gravidade morbida e da morte destes doentes.

Não dimana esta concepção, da natureza toxica da doença, em estudo, apenas, dos conhecimentos, que, a nós, cirurgiões, é dado colher, em nossa pratica, mas, tambem, dos estudos experimentaes, daquelles profissionaes e scientistas, que, dispondo de meios apropriados, puderam realizar pesquisas, adequadas ao esclarecimento da pathogenia, deste estado pathologico.

De um modo, quasi, unanime, todos, os estudiosos, deste assumpto, vêm, na pathogenia do *ileus*, uma auto-intoxicação,

como responsavel pelas manifestações morbidas, de ordem geral, quer admittam, que, ella, a intoxicação, provenha da desintegração cellular, que se processa, na intimidade dos tecidos das paredes intestinaes, quer admittam, que, ella, provenha do conteúdo intestinal retido e transformado, fermentativamente, no interior do tubo digestivo, ou ainda, quer admittam, que dependa da somma, de resultados maleficos, de uma e de outra, destas toxinas, ou de varias, dellas si tal fôr a reslidade, que se tiverem formado, ao mesmo tempo.

Concordam, elles, em summa, com a origem toxica, das manifestações geraes, da doença, embora divirjam, sobre a origem da auto-intoxicação e sobre a classificação chimica do toxico.

Clairmont e Ranzi conseguiram intoxicar ratos, de maneira mortal, dando-lhes, a ingerir, um centimetro cubico de liquido, proveniente do conteúdo intestinal, depois de rigorosamente filtrado e completamente livre de germes de qualquer especie.

Sauerbruch e Heyde, em elegantes experiencias, pelo methodo da parabiose, estabeleceram, que, no animal, no qual se faz uma oclusão experimental, no *lleus-Tier*, a temperatura, de inicio, sóbe, e, em uma segunda phase, vem a cair, ao passo que, no animal ligado circulatoriamente á este *lleus-Animal*, a temperatura se conserva em ascensão, ainda quando a algidez se está estabelecendo: no primeiro animal, e que a phase de algidez sobrevem, neste segundo animal, em um segundo tempo, o que sómente se póde explicar, claramente, quando se admite, que, no animal obstruido, se forma um toxico, que, continuamente, passa, para o segundo animal.

Stone, Wipple e Bernheim, em notaveis experiencias, nas quaes produziram a morte de animaes, em vinte e quatro a sessenta horas, após a ligadura do duodeno, alem do aboccamto, nelle, dos conductos pancreaticos, e que, tambem, conseguiram matar cães sadios, com inecções intra-venosas ou intra-peritoneaes de filtrado do conteúdo da alça duodenal ligada, provaram, á evidencia, a natureza toxica do liquido estagnado no interior da referida alça intestinal.

Igualmente, Schoenbauer, por meio de inecções, em animaes, de liquido encontrado no interior do peritoneo, nos casos de oclusão intestinal, provou, de mo-

do claro, as propriedades, fortemente tóxicos, deste liquido.

A natureza da substancia toxica ou das substancias toxicas, contidas no liquido da alça obstruida, não se acha bem estabelecida, ainda, conjecturando Stönes, que ella seja uma proteose, ao passo que Suggito se inclina a ver um fermento ou um desdobramento, de fermento da familia das trypsinas, como sendo o agente malfezado, deste meio.

A reabsorção, destas substancias toxicas, não se faz, ao nivel do intestino continente, pelas vias normaes, prepostas ao phenomeno de absorção, pelo facto de se achar a circulação lymphatica e sanguinea fortemente prejudicada ou supprimida, totalmente, de modo a haver um estado geral, relativamente, satisfactorio, até o momento, em que a progressiva alteração textural, da parede, permittir a dialyse ou a osmose de seu contehudo, na cavidade peritoneal ou a sua passagem até os interstinos cellulares dos tecidos vizinhos normaes, momento, em que, rapidamente, sob a acção dos toxicos, vehiculados até a circulação Porta e até a grande circulação, se estabelecem os phenomenos geraes, de alta gravidade, os quaes levam o doente, em breve prazo, ao exito lethal.

Quer venham depender estes phenomenos, de disturbios graves dos centros nervosos, em relação com a função vaso-reguladora, conforme estão a sugerir as pesquisas, de histologia fina, realizadas por Crile, as quaes evidenciarem degenerações cellulares, localizadas nestes centros de vaso-regulação, quer sobrevenham de insuficiencia hepatica aguda, de pendente da destruição funcional da cellula hepatica, pelas toxicas absorvidas pelo systema dos vasos Porta, ou quer provenha, elles, da hemorragia intra-vascular, do embolsamento sanguineo, dentro dos vasos deste systema Porta, de modo a haver deficiencia de massa liquida circulante, nos vasos da grande circulação, e de maneira a resultar a morte do doente, pela parada do coração, conforme a lei de Goltz, o qual cessa de se contrahir, por falta de liquido a propellir, devido ao transvasamento de sangue, que se processou, o que não resta duvida, é, que, na base de todos estes disturbios, servindo como causa eficiente, delles, nossa intelligencia, de accordo com as leis de Pathologia Geral, está a ver, sempre, a acção de uma intoxicação,

ou, até, de uma toxi-infecção, si nos orientarmos pela opinião daquelles, que vêm na peritonite secundaria por propagação, trans-parietal, da infecção, a causa do drama final das oclusões.

Braun, na interpretação da pathogenia das oclusões, vê, na genese da phenomenologia delles, não a acção exclusiva das toxinas espalhadas pelo organismo, mas, principalmente, a acção, que se associa, de incitações nervosas sobre os aparelhos de regulação vaso-visceral, originadas no foco de oclusão, com forte anemia, subsequente, da grande e da pequena circulação e dos centros nervosos, sobrevivendo das alterações do regime circulatorio do abdomen, o que significa interpretar elle, estes phenomenos, de um modo muito aproximado daquelle, pelo qual, Havlicek explica os da peritonite aguda.

As escolas americana e allemã têm dado, ultimamente, em a physiopathologia das oclusões, importancia preponderante, ás alterações da parede intestinal, aonde, em consequencia do processo de desagregação celular, que só se verificar em os elementos tissulares, formadores das diferentes camadas da viscera occa, se origina a formação de polypeptides, os quaes, de inicio, ficariam accumulados no local da alteração, mas, iriam, quando postos em circulação, produzir a gravissima syndrome humoral, da phase final de desenvolvimento do ileus.

Origina-se a intoxicação, como se vê, no conteúdo intestinal ou na parede do órgão continente.

Seja que a phenomenologia da oclusão esteja a depender da acção das proteoses ou dos polypeptides ou que venha a ser consequencia de outras causas, ainda imprecisadas, ha, nella, similitudes notaveis, com as expressões morbidas das toxico-infecções foculares.

Á Wipple, á Mac-Clure, á Gosset e á Schade, principalmente á este ultimo, que é o creador da theoria physico-química, para a interpretação dos phenomenos de physio-pathologia, e aos outros experimentadores, aos creadores da interpretação physio-pathologica das oclusões, a qual está a orientar a therapeutica deste estado morbido, de modo a se combater a syndrome humoral, ao mesmo tempo, que se age localmente, tributando os cirurgiões a sua consideração e a sua gratidão, pela base scientifica, que hão proporcionado, aos seus actos operatorios.



Seja de que geito fôr a realidade da physio-pathologia das oclusões intestinaes, indubitavelmente, a concepção de se estar deante de uma intoxicação, proveniente do fóco de oclusão, constitue uma hypothese, quasi certa, sobre a qual se baseia e se orienta a therapeutica desta grave doença.

Quando este estado pathologico se vier a manifestar, em o periodo post-operatorio, immediato á intervenção cirurgica, antes de ter o doente abandonado o hospital, ou, logo, nos primeiros dias, após a alta tida, como curado, quer já se ache a oclusão estabelecida, tendo-se originado, ao mesmo tempo, em que se ha formado o processo morbido intra-peritoneal, que determinou o acto operatorio de cura, quer venha ella a se processar, posteriormente ao acto pathologico primitivo, ao nivel de alguma synechia, no proprio fóco da doença, nas suas visinhanças, ou em qualquer outro ponto da cavidade abdominal, em que houver se formado uma lesão peritoneal, inflamatória ou traumática, as condições vigentes, em relação com a resistência vital diminuida, devidas a doença, em si, e ao traumatismo cirurgico, acrescentado, tornam este processo pathologico, devêras, mais grave, do que aquelles de ileus mechanicos, que se apresentam, como doença primitiva.

Como consequencia therapeutica, logica, desta maneira de se interpretar a pathogenia das oclusões intestinaes, vendo, nellas, uma doença localisada e intoxicante, impõem-se, de um modo, quasi natural, a ideia da necessidade da suppressão do fóco de intoxicação, no menor espaço de tempo possivel, para evitar-se a continuação de sua acção deletéria, ao mesmo tempo, que se deve procurar neutralisar os effeitos das substancias toxicas, já em circulação, favorecendo sua eliminação, protegendo, therapeuticamente, as cellulas, de cathegoria diferenciada, dos differentes órgãos da economia humana, para evitar-se, assim procedendo, a acção desreguladora das funções vitaes e os effeitos destruidores das organizações histologicas, das toxinas da doença focal.

Não resta duvida, que a theoria dos polypeptides está em condições de poder explicar a pathogenia de todo o quadro morbido, em suas diferentes phases e modalidades de manifestação, podendo ser ella a causadora da toxidade do liquido peritoneal, do liquido intra-intestinal e dos meios circulantes, tambem.

Entretanto, desde Klecki e Cuneo, citados por Dieulafoy, falla-se da toxidade do conteúdo intestinal estagnado, e certas observações, que se faz, algumas vezes, são capazes de nos pôr em duvidas e de despertar em nós o espirito de ecclétismo.

Entretanto, o espirito de Descarts e de Kant, de tanta importancia, em o progredir da humanidade, não tem significação maior, aqui.

De momento, prevenir-se a intoxicação, supprimir-se o fóco toxico e neutralisar-se a intoxicação, em vigencia, constituem os objetivos do problema de therapeutica.

Ha muitos annos, haviamos operado de appendicite agúda suppurada, um Snr. Carnizella, do municipio de Caxias.

No quarto dia da intervenção, se manifestava, neste doente, a phenomenologia clinica, da oclusão intestinal.

Apezar da nossa insistencia, sómente no septimo dia nos foi permitida a realização da reintervenção, a qual, feita sob anesthesia local, consistira em laparotomia mediana e suppressão de uma adherencia cotovellante do intestino, o que ensejara a normalisação do transito interrompido.

Não obstante a dilatação intestinal existente e os vomitos, o estado geral, deste operado, era bastante bom.

Seu pulso batia cheio, pausado, tenso, aproximadamente, na razão de oitenta vezes por minuto.

A intervenção fora realisada, com rapidez.

Sua technica, devido as condições favoraveis, que reinavam no interior do ventre, fôra singela.

Deante das condições geraes e locais, que haviamos constatado, sentiamos a satisfação de fazer um prognostico favoravel.

Entretanto, esta alegria intima iria durar pouco tempo.

Duas a tres horas depois da intervenção, o pulso começou a acelerar-se, a tornar-se pequeno e fraco, e, oito a dez horas depois, succumbia o reoperado, no qual o transito se havia restabelecido de uma maneira correcta, com eliminação, abundante e repentina, de fezes e de ventos, e com o desaparecimento, completo, do meteorismo e dos vomitos.

Tivemos, naquella occasião, a impressão clara, a qual, posteriormente, após muita reflexão, se transformou em ideia nitida, de que este doente havia sucum-



bido, sob a acção de uma intoxicação maciça de seu organismo, e que a substancia toxica não poderia provir, sinão da alça obstaculada, em seu transito, e que os efeitos da substancia ou das substancias toxicas, até então, não se haviam manifestado, porque ellas se achavam retidas dentro de uma alça intestinal, cujas paredes haviam perdido a capacidade de absorver, em consequencia da distensão excêntrica da referida alça; mas que, tendo sido supprimido o obstaculo ao transito, se havia processado, rapidamente, a inundação do segmento intestinal, localizado á juzante da lesão inicial, pela substancia liquida, toxica, a qual teria sido reabsorvida, pela mucosa intacta da parte não alterada do intestino, de um organismo avido de liquidos e de alimentos, tendo-se originado, assim, a auto-intoxicação, que poz, rapidamente, termo a vida do operado, o qual já exultava de contentamento considerando-se salvo, ao constatar o restabelecimento do transito de seu tractus digestivo.

Com effeito, esta observação constitue, sem duvida alguma, a reprodução clinica, das experiencias realizadas por Clairmont, Sauerbruch, Wipple e outros, as quaes se apresentam aos estudiosos com a eloquencia dos factos experimentaes, scientificamente constatados.

Entretanto, estes factos constatados e estas experiencias realizadas, por individuos de tão alta cathegoria scientifica, não estão a excluir, de maneira peremptoria, como já fizemos vêr, a theoria da polypeptidemia, dos tempos mais recentes.

Parece-nos, que a questão venha a depender apenas de interpretação dos factos, nella contidos, porque, uns e outros concordam no ponto essencial, que se refere ao phenomeno da intoxicação, como sendo responsavel, pelo estado pathologico, em questão.

A divergencia reside no facto de uns admittirem a formação das toxinas, pelo conteúdo intestinal estagnado e em decomposição fermentativa, e os outros verem a origem della na desagregação histologica dos tecidos das paredes intestinaes.

Admitta-se, que o liquido intestinal, retido durante dias, não seja toxico, como, baseados em experiencias modernas, affirmam alguns auctores.

Mas supponha-se, que ao desaparecer a impermeabilidade da parede intestinal distendida, os polypeptides venham ter ao

interior da alça doente e envenenem o liquido, nella contido, ou, que, ao cessar, cirurgicamente, a hyper-pressão intra-intestinal, se venha a verificar o mesmo facto, de modo, que os polypeptides possam chegar ao peritoneo, ao interior do intestino e á circulação geral, e estaremos, ipso-facto, deante de uma situação identica áquellas situações constatadas pelos primeiros investigadores e, experimentalmente, estudadas de modo elegantissimo.

Tanto uma como a outra theoria estão a attribuir, ao ponto obstruido do intestino e ás alças situadas immediatamente acima deste ponto, a responsabilidade, de constituirem um fóco toxico e intoxicante do organismo.

Desde dias, já distantes no tempo, temos reflectido, muitas vezes, em consequencia desta observação, sobre o problema therapeutico das oclusões, e, insistentemente, se tem affirmado á nossa consciencia a ideia, de que a therapeutica, deste mal, não deve consistir, apenas, no restabelecimento do transito interrompido, mas deve visar, systematicamente, a supressão do fóco de intoxicação, de modo a evitar a inundação toxica do organismo.

Como consequencia desta maneira de ver o problema, orientavamos nossa acção cirurgica, nestes casos, de maneira a supprimirmos o fóco de intoxicação e a restabelecer o transito intestinal, sempre que as condições pathologicas existentes não estivessem a exigir o emprego de outra tactica mais apropriada ao caso, mas visando, antes de tudo, prevenir ou annular o perigo das toxinas.

Desde então, a não ser nos casos operados precocemente, aonde, ainda, não existe a formação de toxinas, no fóco doente, ou naquelles, attendidos tardia-mente, nos quaes, sómente, se poderá fazer um abocamento, á pelle, ou uma extirpação da alça alterada, fazemos, systematicamente, a extirpação larga do fóco toxico e o restabelecimento da continuidade do tubo digestivo.

Nós acreditamos, que esta orientação esteja em harmonia com a norma de proceder na maioria dos cirurgiões da actualidade.

Nas oclusões intestinaes, estando aberto o ventre e as lesões expostas, ao exame, as condições locais das visceras determinarão a orientação de technica a seguir-se, dentro das condições, que o esta-



do de resistencia do organismo outorgar.

Assim, quando se tiver a impressão de se estar deante de um fóco toxico, proceder-se-ha á ressecção, larga, delle, salvo si a resistencia do doente tal não permitir, obrigando-nos a praticar uma fistulisação pelo methodo de Witzel, ou um aboccamento ou uma exteriorização da alça á pelle.

Bem no inicio do mal, quando não se poudier admittir a presença de toxinas na alça interrompida, limitando-nos a supressão do obstaculo ao transito e ao restabelecimento da continuidade do intestino, quando houver necessidade deste tempo operatorio.

Às vezes, quando houver duvidas sobre a capacidade de funcionamento do segmento intestinal doente, installamos uma sonda de Witzel, na luz do órgão occo, para prevenirmos os inconvenientes, que poudieram resultar deste facto.

Em certos casos, em que existirem muitas adherencias, nos quaes se torna perigosa a prolongada acção de libertação das visceras, costumamos, tambem, recorrer a referida sonda, como meio de desintoxicação e de restabelecimento do transito interrompido, mas com resultados não tão favoraveis, quanto ao ponto de vista da sobrevivencia do operado, como aquelles, que se consegue, quando se realiza a intervenção radical.

A indicação de ressecção larga do fóco toxico, immediata ou algumas horas após exteriorisação da alça doente, encontra um apoio unanime dos cirurgiões, quando as lesões, existentes no segmento intestinal alterado, forem de natureza irremediavel.

Não resta duvida, que, analogamente com o que succede com a ressecção gastrica nas perfurações das ulceras gastro-duodenaes, se pôde objetar, contra este modo de proceder, principalmente no periodo post-operatorio immediato, a razão de ser elle mais demorado, mais traumatizante, mais chocante, do que a singela supressão de uma brida, de uma adherencia ou de um volvulus.

Mas, acreditamos não estarmos nos afastando da verdade, ao affirmarmos, que, uma ressecção intestinal, uma fistula de Witzel, uma fistulisação directa da alça á parede ou uma exteriorisação de um segmento intestinal, não apresentam gravidade, já que são operados de natureza singela, de technica facil, e capazes de serem realizadas celeremente.

De modo que, balançadas as conve-

niencias e as inconveniencias de ambas as orientações, deve propender a preferencia do operador, para o proceder, que enseje a suppressão do fóco intoxicante, pelo facto de se conseguir, assim, um maior numero de successos, de conformidade com a conclusão de estudos feitos, que nos parece corresponder á realidade.

Suppõe-se, naturalmente, que, para a realização, deste methodo de tratamento cirurgico, deva haver, ainda, sufficientes reservas de forças organicas, as quaes deverão ser avaliadas, cuidadosamente, para cada caso, em particular.

Nos ileus intestinaes, principalmente naquelles do periodo subsequente ás intervenções cirurgicas, infelizmente em muitos casos, as condições de resistencias dos doentes se acham muito diminuidas, de maneira que se é coagido a agir rapidamente, fazendo-se a operação minima, aboccando-se uma alça intestinal á pelle abdominal ou exteriorrisando, conforme a gravidade das lesões, que se constatar, um segmento intestinal, de maior ou menor extensão, para se fazer apenas uma operação de soccorro, poderosamente desintoxicante e restabelecedora de um transito, ás vezes, sufficiente, outras, insufficiente, para a manutenção da existencia, mas sendo, sempre, uma operação obscura, que deixa a lesão obstruente entregue ao seu proprio destino, e que suppõe uma intervenção ulterior, destinada a reparar a fistula estercoral, quando o doente não vier a succumbir, em consequencia das alterações existentes ou em consequencia da desnutrição progressiva, proveniente do facto de ter a fistula intestinal ficado situada muito proxima do inicio do intestino delgado.

Ainda hoje, somos levados a assim proceder, algumas vezes, apesar de se dispôr de poderosos meios de restauração das forças de resistencia, já seriamente combatidas, e das funções vitais do organismo( gravemente perturbadas, principalmente da vivificante e esplendida transfusão sanguinea, em todos aquelles casos, em que as dysfunções e o choque não tiverem cedido ás incitações da therapeutica, quando a syndrome humoral, de expressão grave, se não attenuando, não nos outorgaro direito de agirmos, de maneira mais radical.

Exceptuados os casos ruins, que se relacionam aos doentes da cathegoria supra-descripta, e os casos bons, correspondentes ás oclusões operadas nas primei-



ras horas do estabelecimento do mal, nos quaes as alterações são de natureza benigna, collocamos, de uma maneira quasi systematica, uma sonda, a la Witzel, na luz do intestino, quer tenha sido realisada uma resecção segmentar deste órgão, aonde ella serve, de uma maneira notavel, para aliviar a tensão sobre as suturas da viscera occa e para alimentar e medicar ao operado, quer tenha consistido a intervenção na suppressão do obstaculo ao transito, quando ella serve, alem disto, para drenar, até ao exterior, o conteúdo das alças, que ficam collocadas acima do impexilho, diminuindo a tensão existente no interior do órgão, condiccionando, assim, a desintoxicação, já que a formação de toxinas cessa deante da normalisação da circulação visceral e do restabelecimento do transito, e que as toxinas, ainda existentes, no foco morbido, são eliminadas, em grande parte, pela sonda, que drena, a qual auxilia, desta maneira efficientemente, a função das organizações, prepostas á defesa do organismo.

Sabe-se, que a drenagem de Miller-Abott, que evita a estagnação e a anemia da parede intestinal, no segmento obstaculado, deste órgão, previne de maneira notavel, a formação do foco toxico.

Pensando-se bem, chega-se á conclusão, que o methodo de Miller-Abott é preventivo da formação do foco toxico, quando empregado em as oclusões, e que a cirurgia é o seu meio de cura radical.

Um enseja condições, para que possa haver regressão das lesões e a subsequente cura do mal, sem acção cirurgica, em certos casos, ao passo que o outro methodo tem por objectivo a cura do referido mal, já estabelecido, pela suppressão operatoria das lesões irremoviveis.

Esta concepção de pathologie e esta orientação de therapeutica cirurgica se estendem ao vasto ambito de todos os ileus mechanicos.

Entretanto, nestas divagações, temos, como objectivo, apenas os casos de oclusões, apparecidos no periodo post-operatorio immediato, sendo excluidos, por consequente, não só as oclusões de outras categorias, mas, ainda, todos aquelles outros casos de oclusões post-operatorias, recentes ou tardios, apezar de terem relação de causa e effeito, com o acto cirurgico, anteriormente realizado.

Com o decorrer dos annos, outras observações, da mesma especie de complica-

ções, vieram se adduzir á primeira dellas, acima relatadas e vieram dar razão, salvo si estivermos incorrendo em erro de julgamento, á orientação therapeutica, que haviamos adoptado.

Esta orientação de therapeutica cirurgica, si bem que racional, não tem, a dar-lhe autoridade sufficiente e capaz de eleval-a á cathegoria de um methodo habitual, ao que sabamos, a força dimanente de observações numerosas e bastante bem apreciadas.

Ha doze annos passados, aproximadamente, faziamos, em a snra. M. White, uma operação de hysterectomy sub-total, com oophoro-salpingectomy dierita, requerida por fibroma uterino, de medio hamanho, e por processo inflammatorio, da trompa e do ovario direitos.

Nesta doente, após a retirada dos pontos de sutura da incisão abdominal, no decimo segundo dia da intervenção, quando já se havia esvasiado o seu intestino, em diversas vezes, vem se manifestar a symptomatologia, inconfundivel, da existencia de uma oclusão intestinal, a qual havia sido diagnosticada, com precisão e promptidão, em nossa ausencia, pelo Dr. Bruno Gonçalves, um dos nossos esforçados companheiros de labuta, em estes termos.

Feita a reabertura do ventre, constatava-se a adherencia de uma alça delgada, ao peritoneo do fundo de sacco de Douglas, a qual, angulando-se, havia interrompido o transito intestinal.

A alça, que chegava ao ponto do oclusão, achava-se grandemente dilatada e alterada, e estava a indicar, dados os seus caracteres, a presença, em seu interior e na intimidade de suas paredes, de substancias verienosas, localmente formadas, e altamente perigosas, para a vida da operada.

Desfeita a synechia, resecavamos um segmento de 45 cms. de intestino delgado e restabeleciamos a sua continuidade, por anastomose terminiterminal, tendo collocado, ha 10 cms. acima da linha de sutura anastomotica, uma sonda de Nelaton, na luz do órgão occo, conforme a technica de Witzel.

Este caso, que era de prognostico reservado, estando já no inicio do grave periodo de desequilibrio humoral e das perturbações circulatorias, renunciadoras do termo lethal, resolveu-se, no sentido da cura, de uma maneira notavelmente favoravel,



com o desaparecimento, progressivo e rápido, da phenomenologia, que estava a exprimir, com vehemencia, as condições desfavoraveis, que existiam.

Si bem que esta doente se mostrasse, com a expressão symptomatologica reveladora de estado morbido bem mais grave do que aquelle apresentado pelo Snr. Carnizella, da primeira observação, e que, localmente, suas lesões visceraes e peritonaes fôsem bem mais adiantadas, do que aquellas verificadas na primeira observação, e que os phenomenos de auto-intoxicação, constatados, permittissem a affirmação de se estar em presença de uma situação perigosa e ameaçadora da vida desta operada, verificou-se um desenrolar do periodo post-operatorio, muito mais favoravel e benigno do que aquelle do primeiro caso, apesar da intervenção realisada, na doente desta segunda observação, ter sido de technica mais diferenciada, ter demorado muito mais e de ter sido, por consequencia, devéras mais chocante do que a intervenção da primeira.

Toda a gente de nossa profissão sabe, perfeitamente, que duas observações não pôdem constituir, de nenhum hodo, o substratum, em que se possa assentar, com firmeza, uma orientação therapeutica, qualquer lei de clinica ou de physio-pathologia.

Entretanto, não se pôde negar o direito, de se poder, algumas vezes, com a luz, que se haure, no estudo de alguns poucos casos, vislumbiar novas veredas e de se tentar, por ellas, seguir já que pôdem levar a fins proveitosos, apesar de, na maioria das vezes, conduzir a desillusões, o que tantas vezes acontece, em o arduo caminhar, em o nosso dilatado e não bem conhecido campo profissional.

Toda a vez, que rememoramos estes dois casos, de nossas observações iniciaes, deste capitulo de pathologia, surge, em nossa consciencia, com nitidez, a ideia, de que a doente da primeira observação succumbiu, pela acção das toxinas contidas no fóco pathologico, as quaes, após a intervenção cirurgica praticada, se teriam espalhado pelo organismo, em consequencia do transitio intestinal se ter restabelecido e de ter havido melhora das condições da circulação sanguinea, na alça obstaculada, ao passo que a doente da segunda observação, que se achava em estado bastante mais grave, se havia salvo, porque,

nella, se fizera a suppressão cirurgica do fóco de intoxicacão.

Desde então, toda a vez, que a nós vem ter um doente de oclusão intestinal, quando, por um mecanismo de associação de ideias, nos pômos a recordar a physio-pathologia e a therapeutica, destes casos, passa, perante a nossa mente, como se fôsse num film, a historia morbida dos casos congeneres e pregressos, a qual está a nossa acção cirurgica, com o ensinamento tirado do estudo, das citadas observações.

É que, até hoje, novas observações vêm adduzindo, com a sabedoria, que dellas nos tem sido dado extrahir, argumentos favoraveis ao proceder cirurgico, que adoptamos.

No Snr. Carnizella, a mucosa do segmento intestinal, infra-lesional, avida de liquidos e de alimentos, deveria ter absorvido proteoses ou poly-peptides, contidas na alça de transitio interrompido, e a circulação vascular, normalisada, nesta alça alterada, haveria vehiculado, até a torrente circulatoria, os poly-peptides contidos na parede intestinal, em estado de desintegração histologica, produzira-se, assim, uma intoxicacão maciça e mortal, em o seu organismo.

Em a Snr. Whitte, tendo sido resecada, sufficientemente, a alça alterada e dilatada, se havia supprimido o fóco de intoxicacão, de maneira a não poder ter havido, por falta de toxinas, por via mucosa ou por via circulatoria, intoxicacão de seu organismo, de caracter grave e lethal, o que veio ensejar a sua cura.

Outra observação nossa se refere a um filho do Snr. Flaminio Mor, de Vaccaria, o qual havia sido operado de appendicite agúda, pelo Dr. Rodolpho Meyer, clinico daquela cidade.

Neste caso, a oclusão se achava installada no fim do ileo, em o proprio fóco de peritonite localisada, nelle existente.

Apezar de apresentar este doente, algumas vezes, ao dia, vomitos abundantes, teve alta do hospital, já que o seu intestino se havia movimentado, por duas ou tres vezes, depois da operação.

A segunda operação foi praticada, sómente, de modo muito tardio, quando o distincto e illustre collega, daquela cidade, o Dr. Attilio Giuriolo, chamado para dar seu parecer sobre as condições pathologicas do doente, que não havia melhorado, verificou, em domicilio, estar-se deante



de uma oclusão intestinal, post-operatória, a qual estava a exigir uma intervenção cirurgica, sem demora de nenhuma especie.

Devido ás pessimas condições, em que se encontrava o doente, fizemos, apenas, uma drenagem, pelo methodo de Witzel, collocando a sonda no interior da alça intestinal, situada logo acima da lesão obstructora do transitio.

Entretanto, de nada adiantou esta intervenção.

A intoxicação continuou a fazer a sua obra funesta e o doente succumbia, decorridas quarenta e oito horas, desta segunda operação, sem ter movimentado seu intestino, apesar do emprego da therapeutica excitante do peristaltismo e reequilibradora dos disturbios circulatorios e humoraes, que reinavam, gravemente, neste caso, cuja normalisação nos propunhamos conseguir, esforçadamente.

Isto, assim, succedeu, porque as lesões existentes não se achavam mais em condições de regredirem e de permittirem e restabelecimento da motilidade visceral, de modo que a parede intestinal havia chegado a um estado, em que foi possível a dialyse das toxinas, atravez de sua estrutura, alterada, para o resto do organismo, o que veio determinar o exito lethal.

Teria sido mais racional, termos feito a exteriorisação larga da alça ou das alças alteradas e as termos incisado, esvasiando-as, sem demora.

Mas, o processo adherencial da peritonite, vastamente disseminado, iria exigir uma acção cirurgica prolongada e trabalhosa, para a libertação do segmento do tubo intestinal, a ser exteriorisado, o que significava, no caso uma acção traumática em desproporção com as forças de resistencia do doente, as quaes se achavam em condições muito más.

Por isso, preferiamos a intervenção minima.

Ella, contudo, se mostrou completamente inefficiente.

Um outro caso de oclusão intestinal, do periodo post-operatorio immediato, se refere á um do Snr. Octacilio C., de Bom Jesus, da clinica do illustre collega Dr. Faria Canello, daquella localidade.

Neste doente, havia sido praticada, por este distincto medico, uma appendicectomy, exigida por appendicite aguda supurada.

No oitavo dia da intervenção, mani-

festava-se, de modo inconfundivel, a symptomatologia do grave estado morbido, que estava a complicar a evolução de cura, do processo inflammatorio agudo, intra-peritoneal.

Em a nova intervenção cirurgica, feita atravez de uma laparotomia mediana, constatava-se a existencia de uma adherencia do intestino delgado, ao foco inflammatorio da appendicite, ao nivel da qual adherencia, este orgão tubular se havia angulado e obstruido.

Devido ás condições da alça intestinal, situada logo acima do obstaculo, a qual, com o seu aspecto, estava a dizer da importancia do foco toxico, fôra feita a ressecção de um segmento de intestino, de 45 cms. de extensão, approximadamente, e a collocação, intra-intestinal, de uma sonda de Witzel.

Apesar da symptomatologia alarmante, que reinava, até ao acto operatorio, verificou-se uma favoravel evolução, para a cura, com o progressivo e rapido desapparecimento da phenomenologia morbida.

Clinicamente, apreciados, o prognostico deste caso de oclusão intestinal, da clinica do Dr. Canello, e aquelle caso, da clinica do Dr. Meyer, apresentavam-se, de maneira, a podermos ser aquilatados como sendo de gravidade, praticamente, equivalentes.

No caso Meyer, os phenomenos de desequilibrio humoral eram mais accentuados, alguma cousa, do que no caso Canello, ao passo que as lesões visceras, deste ultimo caso, sobrepujavam, de maneira notoria, áquellas, do primeiro caso, de maneira a se ter o direito clinico, de, bem pesados os dados do problema, opinar pela analogia, approximada, do prognostico, em ambos estes doentes.

A conclusão, immediata, a se tirar destes dois casos, comparativamente estudados, é de que ha uma real vantagem no methodo de extirpação do foco toxico, cuja supremacia se nos afigura legitima.

Entretanto, si levarmos, ainda mais longe, a nossa reflexão, sobre as condições pathologicas, existentes nestes dois casos, surgirá, em nós, a ideia, de que, si a existencia de lesões, graves, das visceras estão a indicar a presenca de um perigoso foco toxico, na iminencia de intoxicar todo o organismo do doente e de exterminar-lhe a vida, em prazo breve, as manifestações francas de desequilibrio humoral e de disturbios circulatorios estão a revelar, que o



derrame de toxinas já se processou, na correnteza sanguínea, de modo que, num caso, é viável a supressão, praticamente, total, das toxinas, ao passo que, no outro caso, não será possível attingir-se este objetivo, cirurgicamente, resultando, destas circunstancias, a menor efficiencia da therapeutica sangrenta, em os doentes desta cathogoria, o que não abala, mas, antes, reforça a orientação therapeutica, que adoptamos.

Estamos a dizer, como se está a ver, que, em alguns casos, como no caso Cancelllo, é possível fazer-se a supressão cirurgica, total, do fóco toxico, ao passo que, em outros casos, como no caso Meyer, sómente é possível conseguir-se a remoção parcial das toxinas, ficando, em circulação ou já fixadas nos tecidos, uma quantidade maior ou menor, destas toxinas, ás quaes se deve imputar a responsabilidade da ulterior evolução do mal.

O que nos parece ser racional, é attribuir-se, o successo therapeutico, no caso Cancelllo, á eliminação, praticamente total das toxinas, por meio de uma acção cirurgica radical, deliberadamente realisada, para se conseguir a cura do doente, ao passo que, o insuccesso do caso Meyer, póde ser relacionado á insuficiencia da acção cirurgica empregada, para debellar-se, nelle, o grave estado pathologico, que existia, procurando supprimir ou enfraquecer, sufficientemente, a fonte venenosa, que o havia produzido, e que estava a alimentar-o e a agravar-o, continuada e progressivamente.

Embora se disponha do direito de assim raciocinar, nós nos devemos lembrar, de que, talvez, não estejamos interpretando bem a verdade, já que o exiguo numero de observações, de que dispomos, não nos outorga a necessaria autoridade, para isso.

Entretanto, no meio das incertezas, que nos assaltam, algumas vezes, fica predominando, em nós, a impressão, de que andamos acertadamente, em proceder, conforme esta orientação.

E esperamos, que nenhuma logica rabulesca nos esteja a conduzir, por estas veredas, do pensamento e da acção.

Embora a occlusão post-operatoria seja encontrada, em o maior numero de vezes, nos processos inflammatorios intra-fibrinosos ou suppurativos, é encontrada, tambem, em relação com outras afecções intra-abdominaes, susceptíveis de ensejar

synechias, o que é dizer, com todas as entidades morbidas, de natureza traumatica, hemorrhagica ou de outra cathogoria qualquer, que possa ser.

Isto acontece, ás vezes, até com minimas lesões peritoneaes, com simples eccymoses ou despolimento de superficie, deste órgão, por descamação epithelial, quando as condições se dispem de maneira desfavoravel ao doente e ao medico.

Via de regra, a occlusão, que não tiver relação etilologica com focos de inflammção aguda, microbiana, vem ser observada, quasi sempre, em relação com os traumatismos, dependentes do acto cirurgico ou de alguma manobra, desageitada ou brutal, que haja comprometido ou tecidos, constatando-se a sua maior frequencia ao nivel da incisão abdominal, mórmente quando a sua sutura não tiver convenientemente realizada, devido ao desleixo do technico ou á fragilidade do peritoneo.

O proprio catgut, devido ao facto de condicionnar um pequeno fóco inflammatorio, de digestão phagocitaria, como dizia Metchinikoff, para a sua reabsorpção, póde ser a causa da formação de uma synechia obturadora da luz intestinal.

Nos casos de occlusões, desta ultima cathogoria, não póde subsistir duvidas, quando se as faz depender, de maneira directa, do acto operatorio, propriamente dito.

É sómente nestes casos, que nos assiste o direito, de fazer surgir, perante os focos de nossa consciencia, alguma imputação de responsabilidade, sobre a coreteza de nosso proceder cirurgico, perguntando, á nós mesmos si não incorreramos em o delicto, proveniente da realisação incorrecta da technica operatoria, de modo a termos contribuido para o aparecimento da complicação, que está a ameaçar a existencia do operado.

Nestas occasiões, em nossas cogitações, nos lembramos, de que, talvez, a acção traumatica de um affastador, de uma pinça, de alguma compressa ou de nossas proprias mãos poudessemos ter determinado a lesão, de parede ou de visceras, causadora da synechia e responsavel pelo phenomeno de interrupção do transitto intestinal.

Quando esta interrupção vier se fazer, ao nivel de uma franja epiploica adherida, por sua extremidade livre, á linha de sutura do ventre, aonde a fixou um ponto



de synthese dos tecidos, ou quando ella vier se realizar, ao nivel de uma fenda cirurgica, como naquellas, que ficam, no meso-colon, nas intervenções gastricas, ou nos mesos do delgado e do intestino grosso, em intervenções nestes órgãos, nos casos, em que não tiverem sido feitas as suturas necessarias, para juntar os labios, destas fendas, uns aos outros, ou ás paredes do estomago, então esta recriminação adquire os direitos de se tornar uma accusação vehemente e justificada contra o nosso proceder de technicos, que deixou, no ventre, as condições necessarias, para que se estabelecesse esta grave e aborrecida complicação.

Já se não justifica semelhante reacção sentimental, nos casos em que a occlusão se vem fazer, por estrangulação de uma alça intestinal, na fenda, que fica, na operação de Doleris, entre o uterus e os ligamentos redondos, de uma parte, e a parede anterior do abdomen, de outra parte, porquanto, neste caso, não ha nenhuma infracção ás leis da technica cirurgica, regulamentada para esta intervenção.

Mas, na maioria immensa dos casos de occlusão do periodo post-operatorio, naquelles dependentes de processos inflammatorios agúdos intra-peritonaes, como nos casos de appendicites agúdas e do oophoro-salpingites agúdas, nas chamadas peritonites-occlusões, não existe nem de longe, o direito proprio ou alheio de se fazer qualquer recriminação justificada, contra a nossa acção operatoria.

Nesta cathegoria de occlusões, do periodo post-operatorio immediato, naquellas em relação com os estados pathologicos inflammatorios agúdos, intra-abdominaes, se pôde verificar alguns casos, nos quaes a occlusão não se processa no periodo ulterior á intervenção cirurgica, mas se processa ao mesmo tempo em que se estabelece a organização de defesa, em torno do fóco infectuoso, de modo a separal-o da grande cavidade peritoneal, circunscrevendo uma peritonite, que ameaçava generalisar-se.

Conclue-se dahi, que a denominação de occlusão intestinal post-operatoria, habitualmente empregada, para se designar este estado pathologico, quando vier a se manifestar nos dias immediatamente subsequentes á uma intervenção cirurgica, não corresponde a realidade de todos os factos.

Duas de nossas observações, nas quaes a occlusão, evidentemente, se processou,

ao mesmo tempo, em que se installava a phenomenologia physio-pathologica, em relação com a organização de defesa do peritoneo contra a aggressão toxi-infectuosa ou de outra natureza, determinante da doença, que estava querendo em vigencia, estão a affirmar, de maneira peremptoria, o que acabamos de dizer, demonstrando a realidade da peritonite-occlusão.

Na peritonite-occlusão, a alça intestinal obstruida, assim como outras alças intestinaes, o epiploon e outros órgãos estão a fazer parte integrante da barreira de defeza, destinada, por um esforço da natureza viva, a circunscrever e isolar o fóco infectante, impedindo uma generalisação do mal á toda a grande cavidade peritoneal.

Estes diversos elementos organicos se concentram em torno do fóco morbido, adherem, uns aos outros, por meio da formação fibrino-leucocytaria, de origem peritoneal, preposta a esta finalidade, podendo, uma vez que outra, uma alça ficar angulada, dobrada ou cotovelada e, por este facto, se tornar impropria ao preenchimento de sua funcção de ensejar o transito do conteúdo intestinal, já que a sua luz foi supprimida, em um ponto.

É justamente nestes casos, quando, em uma appendicite, em uma annexite agúda ou em qualquer outro fóco inflammatorio agúdo, intra-peritoneal, já estiver organizada a barreira de defeza viscero-fibrino-leucocytaria, tendo, nella, presa uma alça intestinal mal disposta, angulada, obstruida, que o cirurgião executa o acto operatorio previsto, mas deixa de remediar a occlusão, já existente, obedecendo a lei de crurgia, de se respeitar a integridade das adherencias isoladoras da grande covidade peritoneal, já que não se acha justificada a prolongação de uma intervenção, pela mera possibilidade de se vir a encontrar uma occlusão intestinal, em sua visinhança.

Realmente, salvo diante da necessidade de se isolar certos órgãos, que devem ser extirpados cirurgicamente, ninguem se vae dar o trabalho de se pôr a destruir synechias, a desmanchar o que a natureza fez, com a finalidade de surprehender, uma vez que outra, no meio da fibrina, dos leucocytos, do epiploon, alguma alça, obstruida já, principalmente, quando se tiver em mente, que este proceder, embora não sendo de tanta gravidade, como se acreditava, porquanto o peritoneo, nestas condições, se achava em estado de immuidade local,



não deixa, contudo de apresentar seus reaes inconvenientes, em relação com a acção chocante do traumatismo operatorio e com a possibilidade de se produzir lesões visceraes.

Alem disso, si nos lembrarmos, de que, após um esforço, mais ou menos prolongado, para fazer-se o isolamento das visceraes e dar-lhes a liberdade, de que estavam providas, o phenomeno adherencial se restabelece promptamente, ensejando, tambem, a possibilidade de formação de oclusões, veremos, que a orientação, que se segue, de respeitar, na medida do razoavel, as adherencias existentes, constitue a norma de poder cirurgico, a mais acertada.

Em certos casos, nas peritonites-occlusões, contrariando a maneira habitual de se revelarem symptomatologicamente estes estados morbidos, o ileus se vem manifestar, em primeiro plano, de maneira a constituir a sua phenamenologia clinica, a parte principal do drama pathologico abdominal.

Um caso desta cathegoria, se refere a um doente da clinica do illustre collega, de Bom Jesus, Dr. Faria Cancelllo, e data de ha uns dois annos, approximadamente.

Esta moçoila, da familia Velho, daquelle municipio, residia além do rio dos Touros.

Quiz a má sorte, que a cheia do rio impedisse a mesma de ser assistida, sem perda de tempo, quando adoeceu, repentinamente e gravemente.

Ao ser attendida, seis dias após se ter manifestado a doença, achava-se installado o quadro classico, revelador de uma oclusão intestinal, já em o periodo inicial de intoxicção.

Na intervenção cirurgica, constatou-se a existencia de uma appendicite aguda suppurada e de uma alça intestinal dobrada e fixada em o ambito inflammatorio do fôco, por adherencias recentes, que a inflectiam, de modo a supprimir a sua luz e a interromper, de todo, a sua função de transitio.

Deante das condições graves, em que se achava a doente, collocamos, já que o intestino movimentava-se, ainda, peristalticamente, após a suppressão cirurgica das adherencias cotovellantes da alça intestinal, uma sonda drenante, conforme o methodo de Witzel, em plena luz intestinal.

Haviamos preferido o emprego deste proceder cirurgico, á pratica da resecção

de um segmento de intestino, pelo facto de estarmos a operar um individuo, cujas forças de resistencia se achavam muito diminuidas, e no qual, os disturbios circulatorios e a syndrome humoral já se revelavam claramente.

No caso, iria ser necessaria a resecção de um grande segmento de tubo digestivo, para se poder fazer o restabellimento da continuidade do orgão, conforme as leis de technica cirurgica, que estão a exigir, que se suture tecidos sãos com tecidos sãos, para se poder evitar a dehiscencia da synthese cirurgica, a qual equivale á morte, quasi sempre.

E já que, nos parecia impossivel, se fazer, com presteza, no meio das vastas synechias existentes, um isolamento, rapido, sufficientemente vasto e não vulnerante, do segmento de intestino alterado, pela interrupção do transitio, regeitamos a exteriorisção da alça, com a sua subsequente fistulisação, receando os inconvenientes, de natureza grave, que poderiam advir, das manobras prolongadas e chocantes ou de uma fistula intestinal alta.

Entretanto, de nada valeram estas precauções, e a orientação de therapeutica cirurgica, da intervenção minima que haviamos seguido, se mostrara, deveras, insufficiente e inefficiente.

A syndrome humoral continuou se agravando, sempre, os disturbios circulatorios peloravam, incessantemente, e, apesar da therapeutica post-operatoria, posta em pratica, apesar das transfusões sanguineas, das inecções de sôros e dos meios excitantes, de todas as cathegorias, apropriados á estes casos, dos quaes se lançou mão, a doente succumbia, passadas vinte e poucas horas, depois da intervenção ter sido realisada.

Na verdade, não é de se extranhar, que assim aconteça, em casos similares, ainda hoje, em um sector da cirurgia, no qual reina a imprecisão, em quasi toda a sua extensão.

Neste caso, como no seguinte, não havia sido feito nenhuma intervenção intra-abdominal, anterior, para se ter o direito de denominar a oclusão de post-operatoria e de se poder suspeitar ou imputar responsabilidade etiologica ao acto cirurgico, que tivesse sido realisado, habil ou desageitadamente.

Evidencia esta observação, de uma maneira muito clara e muito positiva, a ge-



nese do grave estado pathologico, em os casos deste agrupamento.

Deante do que se sabe, nosso espirito, quando houver coincidência de um processo inflammatorio agudo intra-peritoneal e de uma oclusão intestinal, localisada no proprio foco morbido, será levado a ligar, conforme as leis de pathologia geral, o succeder dos factos, vendo, como phenomeno primario, a inflammção appendicular, e, como phenomeno secundario, os ileus mechanicos, da alça intestinal.

Tivesse sido a reacção inflammatoria appendicular, a peritonite aguda circumscripta, desta doença, analysada, em tempo oportuno, pelo collega, de merito real, que attendeu a enferma, e, certamente, a oclusão viria se evidenciar, em periodo mais tardio, e seria classificada, no rol daquellas, da phase ulterior da operação, porquanto a intervenção apropriada, não deixaria de ser realisada, sem perda de tempo.

Não resta duvida, que o bailado do acaso ou o determinismo das circunstancias estão a exercer influencias, de maior ou menor importancia, sobre toda a extensão dos mais diferentes phenomenos da existencia.

Mas, a pouco e pouco, o espirito scientifico vae vencendo todas as dificuldades, que costumam se apresentar, e vae escolhendo, dos erros, as suas criações, ensinando ao homem uma visão mais clara dos phenomenos, que são de seu interesse.

Esta observação, conforme se nos affigura, possui o merito de estar a dizer, com eloquencia, que, algumas vezes, mais vezes, talvez, do que se supõe, a oclusão não é post-operatoria, propriamente dita, mas vem se manifestar, meramente, em o periodo este, sendo, na verdade, contemporanea da formação de adherencias inflammatorias intra-peritoneaes, das quaes é consequencia.

Installada, que seja, a oclusão, em pleno periodo agudo da doença, quando a motricidade intestinal, em geral, se acha siderada, devido á inflammção da serosa, não poderá haver symptomatologia propria deste processo pathologico, até que cesse a peritonite aguda reinante, momento em que, se tendo restabelecido a motricidade intestinal, se manifesta a colica deste órgão, de maneira intermitente, persistente e violenta, a qual é quasi pathognomica desta complicação.

A esta cathegoria de casos, pertence,

tambem, a observação, desta complicação, feita, em um filho de J. Castorino, do 9.º districto de Vaccaria.

Este individuo, foi operado, por nós, no anno de 1928, de oclusão intestinal, em estado de doença muito adeantado, estando, já, a se catasfestar os disturbios circulatorios e humoraes, prenunciadores de actastrophe eminente.

Resecamos, neste caso, um segmento de dois metros e trinta e cinco centimetros de intestino delgado, o qual achava-se enormemente dilatado e alterado, em consequencia da interrupção de seu transito, ao nivel de uma synechia, em um foco de appendicite aguda, plastica, tendo sido feito o restabelecimento da continuidade do órgão, por anastomose terminóterminal.

Surprehendidos ficamos, deante da gravidade do caso, em constatar, após a suppressão cirurgica da grande bolça enteral, fatalmente toxica, em alto gráo, a evolução favoravel, do periodo post-operatorio, com o restabelecimento, gradativo e seguro, da saude do doente.

Não vae em nosso espirito, nem de longe, a pretensão de querer, systematisando um facto constatado, em um pequeno numero de vezes, estabelecer, com a precaria autoridade, delle, a generalisação deste typo de genese morbida, para a totalidade das oclusões, que se vem manifestar, na phase post-operatoria.

Estariam a desmentir, esta maneira de ver a pathogenia desta complicação, numerosas observações, em todos os tempos, em as quaes, de modo nenhum, se poderia admittir semelhante concepção e pathogenia, como estão a exemplificar aquellas de oclusões, dependentes de adherencias, que se processam ao nivel da linha de sutura, das laparatomias.

É que ha, neste capitulo, ao lado das oclusões, que se originam, em concomitancia com o processo pathologico, que determina a intervenção cirurgica, aquellas, que se formam no periodo post-operatorio e que são dependentes das lesões peritoneaes e visceras, quer estejam, estas lesões, a depender do estado morbido do operado, ou quer estejam, ellas, em relação com os traumatismos decorrentes da ecção operatoria, apesar de ter sido, esta acção, realisada de maneira a mais delicada e a menos traumatismos possivel, na generalidade dos casos.



Ha poucos annos passados, operavamos, auxiliados pelos distinctos collegas Dr. Bruno Gonçalves e Dr. Hampe Sbr., uma menina, de nome Therezinha, filha de J. Letti, de Antonio Prado, devido ao facto de se achar atacada da doença de Gaucher, de localisação esplenica predominante ou quasi exclusiva.

A esplenectomia fora realisada com facilidade e com rapidez, já que o pediculo do órgão, de typo anatomico favoravel, e a falta de synechias haviam permittido uma exteriorisação rapida da viscera, muito volumosa, e a sua extirpação cirurgica, sem accidentes e sem transtornos de qualquer especie.

Nesta facil intervenção cirurgica, não fôra feito uso de afastadores, as alças intestinaes não haviam sido vistas, a bem dizer, de geito a terem ficado, completamente, protegidas contra qualquer insulto traumatico ou de outra natureza, que poudesse ter havido.

Entretanto, passados alguns dias da esplenectomia, manifestava-se de modo violento e darmatico, a symptomatologia, infundivel, da occlusão intestinal.

O intestino, tendo se inflectido, ao nivel de uma adherencia recente e distante do fóco operatorio, se havia obstruido, totalmente.

E, já que se podia excluir, com segurança, a acção de algum traumatismo cirurgico, e que não se tinha o direito de admittir a vigencia de um fóco inflammatorio infectuoso, coma causante da synechia, lançamos a hypothese, de que esta se havia processado, ao nivel de uma ecchymose expontanea, pathologica, sobrevinda em consequencia da hypoplaquetose, da thrombocytopenia, e que o phenomeno pathologico deveria ter sido favorecido epla paralyisia intestinal post-operatoria, de maior duração do que a habitualmente observada, devido a insufficiencia esplenica total, que é fatal, nestes casos de extirpação do baço, salvo quando houver baços accessorios, o que não se verificava, ao nosso exame, neste caso.

Deante do que se nos deparava, em este post-operatorio immediato, reinterviamos, fazendo uma laparatomia mediana, e supprimiamos a adherencia solitaria, determinante da complicação, e collocavamos a sonda intra-intestinal, conforme o methodo de Witzel, seguindo a nossa maneira de proceder habitual.

Apezar da laparatomia ter sido feita, sem perda de tempo, logo que se tornou evidente e não discutivel o diagnostico, do novo estado morbido, que entrava em scena, não deixou, contudo, de continuar a decorrer o periodo post-operatorio, nesta doente, de maneira devêras alarmante e gravemente ameaçadora de sua existencia.

Isto, talvez, estivesse a depender da, já ha pouco citada, insufficiencia esplenica de origem cirurgica, devido á qual, a funcção motora do intestino tardou em se restabelecer, de modo quo a syndrome humoral de intoxicação, em pleno desenvolvimento, e as condições da circulação do sangue, dos movimentos da massa liquida intersticial e da irrigação vascular do tubo digestivo e das glandulas digestivas conexas, que se achavam profundamente alteradas, haviam criado uma situação muito grave, com grande perda de liquidos organicos, devido aos vomitos incessantes, que deshydratavam gravemente a doente, a qual dava a impressão de não poder resistir á estes desequilibrios funcçionaes.

Temos consciencia de, nesta intervenção, não termos transgredido as leis de technica cirurgica rigorosa, preenchendo um dos requisitos essenciaes da therapeutica cirurgica, nestes casos, de modo que ficamos devêras surpreendidos, quando esta existencia se pôz a oscilar, entre a vida e a eternidade, porquanto a reintervenção havia sido realisada em tempo util e se desenrolara, sem difficuldades e com rapidez.

Recorramos ao emprego de todos os meios apropriados á alimentação e a tonificação deste organismo e haviamos procurado conseguir a suppressão dos disturbios funcçionaes existentes e a neutralisação das substancias maleficas, que estavam a deteriorar esta vida, lançando mão dos diferentes meios therapeuticos, de que se dispõe, actualmente.

Sôros, transfusões sanguineas, extractos hepaticos anti-toxicos e anti-anemicos, o sôro physiologico hypertonico, a torfina, a prostygmina, a pituitrina, os extractos esplenicos, os meios locaes de excitação do peristaltismo, administrados por via rectal ou por intermedio da sonda de Witzel, se mostravam, sythematically, inefficientes.

Por ultimo, veio se mostrar, como sendo capaz de despertar o intestino da sideração funcional, mortal, em que se achava imergido, o sôro physiologico, a 30%, introduzido no delgado, ao qual não deve



cabere o merito exclusivo, deste successo, porquanto as forças naturaes de conservação da vida e os meios therapeuticos, de que fallamos, deviam estar se esforçando, para que se processasse o reequilibrio das funcções geraes e das funcções locaes, deste organismo, tão profundamente attigido, pela doença.

Desde o momento, em que se constata, o restabelecimento da contractilidade do intestino, gradativamente, começou a ceder, em toda a sua extensão, a phenomenologia morbida, e a cura se processou, rapidamente.

Após esta segunda operação, não nos era dado constatar, cousa alguma, que lembrasse symptomatologia de peritonite, generalizada ou localizada, e que estivesse em condições de poder ser responsabilizada pela doença do reinicio do peristaltismo, depois de passadas as quarenta e oito horas. regulamentares, de sideração funcional do intestino, de modo que ficavam, como causas pathogenicas, a reger a syndrome deste post-operatorio, a insuficiencia esplenica, a syndrome humoral e o traumatismo cirurgico.

Raramente, o intestino readquire a sua função motora, após as laparatomias, antes de decorrido um periodo de quarenta e oito horas, mesmo naquelles casos de technica singela e quando tiveram sido executadas, com brilhantismo, tendo sido ultimadas em poucos minutos, como sóe se verificar, muitas vezes, nas appendicectomias, nas oophoro-salpingectomias em outras operações facéis, em geral.

Mas, excepcionalmente, este órgão deixa de funcionar, passadas estas horas, quando não estiver em vigencia um processo pathologico, capaz de impedir o aparecimento de sua motilidade ou capaz de interrompê-la, em algum ponto de sua extensão.

Este facto constitue uma noção de clinica, provido de alto valor, e que deve estar, constantemente, na lembrança daquellas, que fazem cirurgia abdominal.

Entretanto, constatado este facto, delê, não se deve inferir, immediatamente, que se esteja denate de uma complicação organica, da alçada, exclusiva, da therapeutica cirurgica, porquanto existe o ileus dinamico, o qual pôde se manifestar em consequencia de perturbações siderantes da organização nervosa e muscular do órgão occo, provindas de processos toxi-infectuosos do peritoneo ou da insuficiencia

hormonal de certas organizações glandulares, prepostas a manterem o tonus e a contractilidade do tractus digestivo, quando um traumatismo, como uma laparotomia, vier evidenciar esta deficiencia constitucional, e o qual não pertence, para a sua cura, ao sector, em que a acção cirurgica é soberana.

Não é de se extranhar, que nestas circunstancias, em que a duvida se põe a bailar deante de nossa consciencia, nos ponhamos a ruminar nossos conhecimentos e a rememorar nossas proprias observações, de modo a vir o caso, que estamos tratando, a se nos afigurar, algumas vezes, como sendo de natureza mais grave, do que é realmente, de maneira a vermos o peor e a não nos lembrarmos, de que uma simples insuficiencia da musculatura do intestino, de origem congenita, pôde ser a causa efficiente da complicação.

É, contudo, preferivel, ter-se esta attitude psychologica, para se poder constatar, com mais segurança, em tempo util, a calica intestinal, rythmada, intensa e persistente da oclusão, do que aprecial-a levemente, confundindo-a com a colica dos ventos, que se esvae, com a expulsão destes.

Mais vale, nestas occasiões, ter-se excesso de zelo, do que pecar-se por relaxamento, deixando evoluer um mal perigoso, inattentamente, até a phase da incurabilidade.

Não haviamos feito, neste caso, a extirpação da bolça toxica a intoxicante, constituida pela alça intestinal dilatada e alterada.

Haviamos nos contentado, com a sonda, para drenar, para o exterior, o conteúdo intestinal, esperando, por este meio singelo, obter o resultado therapeutico visado, já que o tempo oportuno da intervenção, não tinha sido postergado.

Entretanto a sonda sómente funccionou de um modo defficiente, de maneira a não ter realisado a sua funcção, como era de se esperar.

Na verdade, estas sondas, quando diminue a pressão intra-abdominal, sómente funcionam bem, depois que se restabelece o tonus do intestino e a sua contractilidade.

Contudo, ellas, quasi sempre, desde o inicio de sua applicação, pela acção da hyperpressão intra-abdominal, drenam, ao exterior, gazes e fezes liquidas, e diminuem, assim, a distensão da alça intesti-



nal, e previnem ou fazem cessar, por consequencia da melhora da circulação sanguínea local, a desintegração histologica da parede, deste órgão, evitando a formação de polypeptidos ou de outras toxinas, que, porventura, se possam originar, neste fóco pathologico.

Talvez, no facto de se ter restabelecido o transitio, sem ter sido feita a extirpação do segmento visceral alterado, e no facto de se ter restabelecido as condições normaes de circulação, na porção intestinal, lesada, resida a explicação da phenomenologia morbida, que, sendo grave, no primeiro periodo post-operatorio, veio se agravar; ainda mais, no segundo periodo post-operatorio, de maneira a ter posto a vida, desta operada, no limiar da eternidade.

Está a se nos afigurar, que, em a primeira phase da oclusão, houvera a formação de toxicos, em a alça intestinal, de transitio interrompido, e que, sómente depois de se ter restabelecido este transitio intestinal, com a consequente melhora da circulação do segmento visceral doente, houve, em uma segunda phase, a reabsorção ou, melhor dizendo, a absorpção das toxinas, existentes, as quaes, se tendo espalhado pelo resto do organismo, haviam condicionado a agravação dramatica do estado da operada.

Uma outra observação, em que a oclusão se manifestou no periodo post-operatorio e de uma maneira, em que, de nenhum modo, se poderá suppor a preexistencia ou a coexistencia de uma condição pathologica, intra-peritoneal, predisponente e determinante da interrupção do transitio intestinal, salvo, naturalmente, o mega-colon, de que era portadora a doente, o qual entorpece e interrompe o transitio, mas de outra maneira e com outra expressão clinica, não sendo causa efficiente, em si, de ileus mechanico, com as características clinicas dos casos deste periodo, se refere á Julia B., do municipio de Antonio Prado, por nós operada, ha cousa de quatro anos passados.

Neste caso, o mega-colon apresentava phases de oclusões e phases de diarrheas, sendo o estado geral da paciente muito precario, e que nos coagio a intervir, cirurgicamente, procurando conseguir, assim, a cura do mal.

Para tal meta attinjr, havíamos feito uma colectomia, quasi total, comprehendendo o coecom, o colon ascendente, o

transverso e uma bôa parte do descendente, inclusivamente.

O fim do ileo fôra seccionado, ha 25 cms. aquem da valvula de Bauhin, devido ás deficientes condições circulatorias, que, normalmente, reinam, neste segmento final do delgado, e que o tornam menos apropriado ás suturas, e fôra anastomosado, latero-lateralmente, á alça sigmoide, ao S romanum do colon, como é chamado, tambem.

Collocavamos, ha 12 cms., aproximadamente, acima da anastomose, uma sonda de Witzel, conforme o nosso habito de proceder nas resecções do intestino grosso, com a finalidade de diminuir a tensão, que poudessem os gazes vir exercer sobre as paredes do colon, visando, assim, evitar a dehiscencia, realmente ameaçadora, das suturas, neste segmento do tubo digestivo, já que sua vascularisação não se pôde comparar, em efficiencia, com a dos outros segmentos, deste órgão.

Passado o periodo de sideração funcional do tubo digestivo, punha-se intestino a funcionar, no segundo dia da intervenção, eliminando ventos e fezes liquidas, pela sonda e por via natural, e o doente se refazia, rapidamente, dos abalos soffridos pela intervenção e do depauperamento de suas forças e reservas de energia, dependentes da doença intestinal chronica, quando, repentinamente, o quadro mudou-se, completamente, e tomou uma feição grave e ameaçadora, no momento, em que appareceu, no sexto dia da operação, a symptomathologia,, inconfundivel, de se ter installado uma oclusão intestinal, com toda a gravidade, propria desta complicação, neste periodo cirurgico, e augmentada, no caso, pela peculiaridade inherente ao vulto da intervenção, que havia sido realisada, a qual sollicitara, fortemente, as energias da doente, já muito combalidas, pela doença, que a consumia, e creara, por estes factos, circunstancias, notavelmente, propicias, ao aparecimento do choque, ao insucesso operatorio.

Feita a relaparatomia, constatavamos a existencia de uma oclusão, por dobra intestinal, ao nivel de uma adherencia, que ficava situada logo acima do ponto, em que fôra collocada a sonda intestinal, mostrando-se o intestino delgado fortemente dilatado e, com suas paredes profundamente alterado, na alça situada a montante da lesão, a qual, alça, não deixava ver, quando solicitada, a menor capacidade



dade de contractilidade, o que nos levou a praticar uma ressecção de uns 45 cms. de intestino, comprometido em sua vitalidade, e a restabelecer a continuidade do órgão, por sutura termino-terminal.

Passado o tempo regulamentar da sideração funcional, post-operatoria, do intestino, entrava, gradativamente, tudo em ordem, e a cura se processou, desde então, de modo notavelmente favorável, tendo a saúde e o dynamismo, desta doente, se restabelecido, em sua plenitude completa.

Estas duas observações estão a illustrar os casos das chamadas oclusões post-operatorias, propriamente ditas.

Nellas, não podem subsistir duvidas, quanto ao tempo, em que se processou este phenomeno pathologico, o qual foi, certamente, no periodo post-operatorio, o que nos auctorisa afirmar as laparotomias destas intervenções, nos quaes os exames das visceras não revelam alterações outras, que aquellas proprias do mega-colon e da esplenomegalia.

Não existia, no interior do ventre, nenhuma inflamação peritoneal, generalizada ou circumscripta, attenuada ou intensa, e nenhuma synechia ou qualquer outro estado morbido se podia constatar, nesta cavidade, que poudesse ser responsabilizado, parcial ou totalmente, pela genese do ileus mechanico, nestes casos.

Incontestavelmente, estas oclusões sobrevieram em relação de dependencia com o acto operatorio e nada se tem a dizer de interessante, sobre ellas, e que possa merecer, conforme nos parece, attentões e reflexões especiaes.

Ha, no ilus mechanico, um phenomeno clinico, tendo relação intima com o phenomeno anatomo-pathologico, de que está a depender, conforme a lei de causa e effeito, ao qual se concedia um valor diagnostico decisivo e ao qual se confere, ainda, a justo titulo, um grande valôr, e que se refere a suppressão da emissão de ventos e da evacuação de fezes.

Foi e é considerado, ainda, como sendo pathgnomônico da oclusão intestinal, o que, na realidade, não deixa de ser exacto, quando se o constata, de maneira positiva.

Entretanto, este signal, de tanta importancia, sómente tem valôr, em bom numero de casos, tardiamente, quando elle se vem affirmar, indiscutivelmente, o que está a significar dever ser elle relegado, para um plano secundario, em as cogitações

diagnosticas, que não devem presumir de longas, de qualquer natureza, como se sabe, mórmente, si levamos em conta o facto de não ser absolutamente constante este symptoma.

Já, de inicio, nos referimos á este phenomeno, contudo, dada a importancia, que lhe outorgamos, pelo facto de poder ser elle perigosamente fallaz, vamos nos estender, ainda um pouco, sobre esta parte, deste artigo, tornando mais enfadonha, do que é, a sua leitura.

Não se pôde, negar, que, quando elle é presente e é de natureza persistente, pos-sua um valôr diagnostico, quasi absoluto, e que esteja a revelar a existencia de ileus dynamico ou organico, proveniente de qualquer uma das variadas causas, capazes de o produzirem.

Este signal tem tal valia, que a equação, de suppressão de emissão de ventos e de evacuação de fezes equivaler a ileus, consiste uma noção clinica de valôr incontestavel, quando indubitavel e solidamente tiver sido constatado o facto, o que, em geral, sómente, é possivel se conseguir, em um tempo tardio.

Mas, o que ha de importancia, quando se focalisa o valôr deste signal, e o que vem constituir a cousa interessante, nelle, é o facto, de que, nem sempre, ha suppressão de fezes e de gases nas oclusões, muito principalmente naquellas provenientes de adherencias, como são, em geral, os ileus do periodo post-operatorio.

A falha deste phenomeno symptomatologico, embora possa ser constatada, até, tardiamente, de modo muito excepcional, na verdade, verifica-se na immensa maioria dos casos, na phase inicial do mal, em um tempo, em que o diagnostico deve ser estabelecido com segurança, para que se possa fazer therapeutica util e efficiente.

Os ensinamentos, dimanantes de nossa pratica cirurgica, já se ha muito, nos tem auctorisado a negar a este symptoma o merito, que nos classicos lhe conferem, quando se estiver deante da necessidade de se fazer um diagnostico urgente, para se fazer uma operação urgente.

Na oclusão intestinal, seja ella de que natureza fôr, primitiva ou secundaria á uma intervenção cirurgica, ha, quasi sempre, já de inicio, em consequencia do traumatismo ou da alteração anatomica da parede intestinal e de seu mesenterio, in lusus oclusus, a formação de um reflexo, de effeito siderante sobre toda a extensão

do tractus digestivo, collocado abaixo do ponto obstruido, o que determina a supressão, immediata, da eliminação de ventos e da evacuação de fezes.

Entretanto, esta sideração funccional, do segmento intestinal collocado a juzante da lesão, não é absolutamente constante e não constitue um phenomeno, de todo, rebelde ou, quiçá, invencível á acção therapeutica ou ás incitações exaltadas, em reacção defensiva, das organizações prepostas á manutenção das funcções vitaes.

Ha casos, em os quaes, nosso espirito, de inicio, propende, para ,logo depois, em seguida a uma analyse mais detalhada da symptomatologia, se decidir pelo diagnostico de occlusão intestinal post-operatorio, mas nos quaes, therapeuticamente provocada ou expontaneamente, este submento intestinal, infra-lesional, não se mantem em estado de sideração funccional, não se conserva immovel, e se põe a movimentar, produzindo uma ou mais dejecções, em um dia ou em mais dias, de maneira a sobrevir no espirito do cirurgião uma terrivel confusão, porque, embora esteja em scena um profissional experimentado, não deixa, algumas vezes, de se ensejar uma illusoria satisfação de um successo de therapeutica medica, que, infelizmente, dura pouco, porquanto, passadas algumas horas, algumas poucas vinte e quatro horas, se vem revelar a triste realidade, decorrente do restabellecimento, em plenitude, da symptomatologia do ileus, já, agora, acompanhada das syndromes humoral e circulatoria, que estão a attestar a vigencia da intoxicação generalisada do organismo e a dizer, com eloquencia, da gravidade da situação, que nos depara.

Mais trahidora, ainda, se vem mostrar esta emissão de ventos e esta evacuação de fezes, quando, em coincidencia com ellas, se verificar a melhora subjectiva do doente, de maneira a dar a impressão clara de tudo se ter normalisado e a nos fazer afrouxar a nossa attenção e a nossa vigilancia sobre elle para sermos, aborrecidamente, surpreendidos, algumas horas depois, com o reaparecimento, vagaroso e progressivo ou repentino, da colica intermittente da occlusão intestinal a qual está a dizer, que o processo morbido não foi debellado e que a occlusão continua a dominar a situação, e que, devido ao tempo já decorrido e perdido, o operado se acha em situação de reduzidas possibilidades de curar-se.

Muito mais grave e devéras mais an-

gustante, será, sem duvida, a situação daquelles casos, nos quaes, devido á visão clinica retardada de certos profissionaes, o diagnostico tiver sido affirmado, sómente, de maneira tardia, em plena vigencia da phenomenologia humoral e circulatoria do drama das occlusões, já na eminencia do colapso final de todas as funcções.

Para não sermos victimas de illusões analogas ou para sermos o menor numero de vezes possivel, devemos, nestas situações, levar nosso espirito a pairar, de uma maneira incenssante, sobre estes doentes, e devemos dirigir, sobre elles, uma attenção ininterrupta, rememorando, a todos os instantes, a possibilidade destas melhoras trahioeiras estarem a nos enganar, para não incidirmos na falta grave de fazermos um diagnostico retardado.

Este phenomeno symptomalogico, de supressão de emissão de gazes e de evacuação de fezes, é perigosamente trahioeiro, porque elle póde illudir aos mais distinctos medicos, porque elle illude ao doente, illude aos circunstantes, pelo facto de não ser constante a sua presença nas occlusões, e, quando não illude á nós, elle retem e retarda, pela eloquencia sugestiva de sua ausencia, a actuar no ambiente familiar, a nossa determinação de intervir, em consequencia da desaprovação á realisação deste acto, provida do doente e de seus intimos, os quaes não acham cabimento, para um serviço desta natureza, em um doente, no qual tudo lhes parece estar correndo em boas condições, para o lado do transito intestinal.

Geralmente, se attribue, que esta eliminação de ventos e de fezes seja devido ao esvasiamento do segmento intestinal, collocado a juzante da occlusão, exclusivamente.

Estamos convencidos, que esta seja a realidade, na immensa maioria dos casos, na quasi totalidade delles, mas não em todos elles, no sentido absoluto.

Apezar deste facto corresponder á realidade massica do maior numero contudo, nem sempre, os excreta provem, exclusivamente, do segmento intestinal infra-lesional.

Na cathegoria das occlusões, por volvulos, como naquella cathegoria, em que o phenomeno pathologico está a depender de bridas e de adherencias intra-peritonaes, se póde observar, uma vez que outra, o esvasiamento do conteudo do intestino situado acima da lesão, atravez do ponto fechado deste orgão, em consequencia do

restabelecimento, temporario ou definitivo, o que é excepcionalmente raro, do transito, pela propria luz, restabelecida, embora por pouco tempo ou, até, por instantes, apenas, do órgão tubular.

Deste facto, ficamos convencidos, diante do que nos foi dado observar, em alguns casos de ileus mechanico, de nossa clinica, o que nos induziu a passar alem da concepção reinante e nos autorizou affirmar, que, em certas formas anatomicas de oclusões, naquellas em que ellas se processam por inflexão de uma alça intestinal, ao nivel de uma adherencia, ou por se ter dobrado o tubo intestinal sobre uma brida intra-peritoneal, como, por exemplo, sobre um diverticulo de Meckel, ou sobre uma franja epiploica adherida, por sua extremidade livre, á qualquer ponto da cavidade peritoneal, seja possivel, ainda, uma ou mais vezes, processar-se o transito, ao nivel do ponto obstaculado, quando o peristaltismo tiver sido sollicitado, por meios therapeuticos energicos, de acção local ou geral, que sejam.

Sabe-se, que, em um grande numero de casos de oclusões intestinaes, principalmente naquelles, que se acham em relação de tempo e de causa e effeito, com as intervenções cirurgicas abdominaes ou com os processos inflammatorios do peritoneo, o phenomeno pathologico da interrupção do transito depende, immediatamente, do dobramento ou angulação do órgão tubular, ao nivel de uma synechia ou de alguma brida, que se tiver organizado, dentro da cavidade ventral.

A consequencia, immediata e fatal, desta inflexão do intestino, desta sua angulação aguda, é o desaparecimento de sua curvatura normal, neste ponto, e o fechamento, consequente, de sua luz, pelo esporão, que se forma, ao nivel do angulo da parede circumscripita, e pelo adossamento reciproco da mucosa desta parede, na zona de angulação, com a mucosa da parede intestinal, que se acha por fóra deste esporão interno, de maneira a ficarem, em opposição, em contacto, uma contra a outra, a mucosa circumscripita e a mucosa circunscrevente.

Entretanto, este phenomeno de angulação e de oclusão, em relação com esta cathgoria de lesões, não depende, meramente, do dobramento da alça intestinal e da parallelisação de seus ramos afferente e efferente, o que se pôde verificar, em os ileus de outras cathgorias.

Via de regra, em os casos de oclusões, deste grupo, as paredes da alça dobrada se acham, tambem, alteradas, congestionadas, inflammadas, de modo a terem perdido o vigor de sua contractilidade, contribuindo, assim, para que se não possa manter a sua encurvação normal, a qual constitue um requisito principal para a manutenção de sua luz e, por consequente, do transito intestinal.

As modificações morbidas das paredes intestinaes explicam, com facilidade, a possibilidade de rehabilitação funccional do intestino dobrado, pela diminuição ou desaparecimento das alterações existentes, nellas.

Embora as condições pathologicas da alça tenham sua importancia incontestavel, o que não deixa duvida, em todo o caso, é o facto, que a oclusão depende, principalmente ou exclusivamente, até, do phenomeno de angulação, sejam quaes forem as cathgorias de lesões, que se encontram, dentro do ventre.

Supponhamos, agora, que, em alguns casos, sob o influxo da therapeutica excitante do peristaltismo ou, até, expontaneamente, quando, diminuido estiver ou cessado se achar o processo inflammatorio do peritoneo, o qual determinara entorpecimento ou paralsia funccional do intestino, contribuindo, deste geito, para que a angulação se processasse, e o qual fôra a causa determinante do aparecimento da adherencia ou da formação da brida obstructora, se tenha restabelecido a contractilidade normal ou exaltada, mesmo, da fibra muscular lisa, e que se possa ter restabelecido, em consequencia deste facto, a curvatura da alça intestinal, de maneira transitoria, que seja, e se terá, como resultado immediato deste facto, o restabelecimento do transito intestinal, com as suas beneficas resistentes, consubstanciadas na melhora franca da symptomatologia morbida geral e, até, local, em alguns casos.

Uma vez que outra, poderá haver evolução, de algum caso destes, para a cura, si bem que, somente, de maneira muito excepcional, tal se poderá constatar.

Esta resurreição funccional, de segmento intestinal obstaculado e paralsado, está a dizer, que a sua integridade anatomica não se acha alterada, irremediavelmente, e que os phenomenos de formação de toxinas não se acham, ainda, em pleno desenvolvimento, em sua intensidade maxima, porque ha uma correleção intima, en-

tre este phenomeno e a desintegração celular dos tecidos.

Como consequencia do restabelecimento do transito, observa-se, que os vomitos se attenuam e desaparecem, que a dilatação das alças intestinaes retrocedem, que a colica intestinal, rythmada e intermitente, das oclusões, juntamente com os signaes de von Wahl, de Laugier e de Kussmaul, se desvanece, ao tempo, em que, feita a descarga do tubo digestivo, as causas destas manifestações morbidas cessam de existir, de modo a se ter a impressão, de que tudo, que se achava alterado, ha entrado na ordem de cura e de convalescença final.

Entretanto, cessado o esforço exaltado de contractilidade muscular, que fôra capaz de restabelecer, temporariamente, a curvatura da alça intestinal, de modo a ter permittido o transito de seu conteúdo, atravez de segmento inflectido e obstaculado, mas não retrahido, deste órgão, reins-talla-se, sempre, a angulação, em consequencia da extenuação da força do peristaltismo e da permanencia dos phenomenos congestivos da alça e retracteis das synechias.

Às vezes, este phenomeno, de restabelecimento do transito, se renova uma segunda vez e até uma terceira vez, em algum caso excepcional, para não mais se poder renovar, apesar de todos os meios therapeuticos, que se empregar, pelo facto de as alterações anatomicas, que se processam na parede intestinal, não terem tendencia á regredirem, mas terem tendencia a progredirem, na generalidade, destes casos, e não permittirem por este facto, a revivescencia da função motora do órgão tubular.

Não é difficil acontecer, que, em casos semelhantes, surjam, em nós, vacillações, rythmadas pelas retenções e pelas descargas do conteúdo intestinal.

E, enquanto oscilla o pendulo do tempo, vacilla a nossa vontade entre a decisão de intervir e a indecisão de agir, querendo fazer a unica therapeutica util e temendo as consequencias prejudiciaes, della, si o caso viesse escapar á sua alçada.

Mas, enquanto permanecemos nesta indecisão, a doença, via de regra, progredie, e se terá como consequencia della, muitas vezes, um resultado fatal.

Como se ainda não bastasse estes factos, de interpretação difficil, para conturbar o espirito do cirurgião, vem se adduzir,

á elles, de modo a augmentar-lhes as difficuldades, para resolver a equação clinica e therapeutica, o facto, embora raro, de que a oclusão, por brida ou por adherencia, pôde desaparecer completamente, pôde curar definitivamente, após a primeira, a segunda ou a terceira crise do phenomeno obstrutivo.

Nossas duas ultimas obsercações, de oclusão intestinal, do periodo post-operatorio, estão a comprovar, quer isto nos parecer, esta maneira de interpretar a phenomenologia clinica do ileus machanico, com estas particularidades de expressão.

Arcangelo Z., de dezoito annos de idade, agricultor, do municipio de Antonio Prado, foi por nós operado, em o anno de 1947, de appendicite agúda suppurada, de character muito violento e grave, tendo o Douglas já repleto do liquido serum-purulento, na trigessima hora da doença.

Apezar da relação de tempo, de inicio do ataque de appendicite agúda com o aparecimento da suppuração franca, intra-peritoneal, ter sido muito curta, o que discorda das leis de pathologia geral, embora se esteja a verificar seguidamente este facto, nas doenças inflammatorias, desta cavidade, já existia, ao ser aberto o ventre, a barreira adherencial de defeza, não obstante se achar frouxamente organizada, estando, ainda, em sua phase de transudação serum-fibrinosa, de mobilisação de elementos cellulares fixos, de diapedese leucocytaria e de agglutinação de epiploon e das alças intestinaes entre si e com o peritoneo parietal, de modo a se achar constituida a formação defensiva da grande cavidade peritoneal contra a invasão pathologica infectante, que, do fóco morbido inicial, ameaçava se generalisar á toda a vasta superficie deste órgão e pôr um termo lethal a vida do doente.

Preenchendo um dos requisitos de therapeutica cirurgica dos processos inflammatorios do peritoneo, fizemos a extirpação do órgão, agúdamente doente, cujas paredes se achavam hyperemiadas, infiltradas, osdematiadas, recobertas de puz e de fibrina, e em cuja extremidade livre existia uma pequena perfuração, que estabelecia ligação entre a cavidade peritoneal e o pequeno abcesso follicular da parede appendicular, o qual se havia esvasiado no peritoneo e condicionado a formação de peritonite agúda circumscripta.

De conformidade com o nosso habito de proceder, nos casos desta cathegoria,

após termos espalhado o pó de sulfanilamida no fóco de appendicite e no Douglas, drenamos este fóco inflamatório e o recesso inferior do peritônio, para eliminarmos por via mecânica conduzindo directamente ao exterior, o que fôsse possível ser eliminado, deste geito, de material destinado a ser removido, por meios biológicos de reabsorção ou por abertura espontânea na luz do intestino ou na superfície cutânea, poupando, assim, as forças naturais e as coadjuvando em sua faina de purificação do organismo doente.

Durante as primeiras 48 horas, não houve novidade, de nenhuma espécie, em relação com o desenrolar do período post-operatório.

Entretanto, passadas estas 48 horas, lentamente, começou a despertar o peristaltismo, e, a medida, que as horas transcorriam, elle se tornava mais energico e se fazia acompanhar de dores, cada vez mais vehementes, até adquirir, passados mais dois dias, os caracteres inconfundíveis, da colica intermitente, violenta e persistente da oclusão intestinal.

O doente vomitava, repetida e abundantemente, seu ventre, a pouco e pouco, se entumescia, verificava-se, abaixo da parede magra do abdomen deste individuo, as ondulações peristálticas, de caracter energico, de Kussmaul, e a eliminação dos ventos e a evacuação de fezes, embora solicitadas therapeuticas, não davam signal de si.

A visão e a palpação revelavam a existencia de uma alça intestinal dilatada e tensa, que apresentava ruidos á escuta ao tacto, além de ser de sonoridade tympanica franca, quando se a percutia, e que se achava collocada, em projecção na parede abdominal anterior, logo abaixo da cicatriz umbelical, constituindo o classico signal de von Wahl.

Toda esta symptomatologia estava a dizer, de maneira eloquente, juntamente com a eloquente colica intermitente e persistente de Nothnagel, que nos achavamos deante de uma oclusão intestinal post-operatória, cuja therapeutica consistia em uma nova laparotomia, destinada a remover a causa da interrupção do transito intestinal e a supprimir o fóco toxinico e intoxicante, que, porventura, já existisse no interior do ventre.

Mas, sob a acção da therapeutica excitante do peristaltismo, administrada por via rectal e por via hypodermica e venosa,

cedia, no dia seguinte, isto é, no quinto dia da intervenção, toda a phenomenologia da oclusão, em suas manifestações de ordem local e de ordem geral, após abundante evacuação de fezes e eliminação de ventos, que se repetira, por quatro a seis vezes, no primeiro dia, e por uma a duas vezes, nos tres dias subsequentes, de maneira que, intimamente satisfeitos, por não termos todo, em consequencia do successo da therapeutica medica, a necessidade de cumprir o duro dever de reoperar nosso operado de appendicite aguda post-operatório, complicando-o gravemente, o consideramos salvo, deante do rumo favoravel, que os factos estavam a evidenciar, com o restabelecimento do transito intestinal.

E, já que a cicatrização da ferida operatoria se processava rapidamente, pensavamos em dar alta a este doente, no vigesimo dia da intervenção, quando, de novo, a pouco e pouco, se reinstalla o quadro da oclusão, com o reaparecimento da mesma symptomatologia, o que nos veio encher de pesar e de aborrecimentos e a nos coagir a reintervir, no decimo terceiro da operação primeira.

Desta vez, não insistimos no emprego dos meios excitantes do peristaltismo, como é nossa habito de fazer, geralmente, em a clinica particular, ao verificarmos a symptomatologia da interrupção do transito intestinal, em período post-operatório, porquanto estavamos deante de uma reincidencia do mal, e já haviamos empregado os meios medicamentosos, na primeira vez, de modo a se achar descabida, agora, a sua administração, mesmo como recurso suggestivo, porquanto seria perigosa uma maior demora e não havia mais necessidade de se vencer, na familia do doente, a resistencia, aparentemente legitima, contra a reintervenção.

Tratava-se, neste caso, de uma occisão intestinal, do período post-operatório, a qual, vencida, em sua primeira phase, pela therapeutica excitante da motricidade intestinal, se havia reinstallado, apenas passado o effeito medicamentoso, para se manifestar, de novo, sómente depois de alguns dias, quando a tolerancia do órgão tubular, que, represado no fim do ileo, se tinha, outra vez, dilatado progressivamente, se havia extinguido, ensinando, assim, em sua plenitude, o retorno de todo o drama revelador desta grave complicação, em uma segunda phase deste ileus.

A laparotomia meiana, infra e supra-

umbellical, de vinte centímetros, mais ou menos, de extensão, punha, facilmente, sob nossa vista, as alças dilatadas e, logo depois, acompanhando-se o intestino, no sentido da maior dilatação, estávamos deante da adherencia causadora do ileus, a qual extendia-se da convexidade da alça intestinal ou, melhor dizendo, do bordo livre, não mesenterico, deste órgão, até ao fóco adherencial da appendicite, justamente sobre a parede abdominal anterior, de modo que o intestino, preso á ella, ficava cotovelado, dobrado, e teria podido, com relativa facilidade, readquirir sua curvatura e funcionar, temporariamente, sob o imperio de uma excitação energica de sua função motora, já que o segmento afferente e efferente da alça, ao seu e do seu ponto obstaculado, achavam-se livres de adherencias.

Suprimidas, que fôram, as adherencias cotovelantes do fim do ileo, depois de termos, cuidadosamente, peritonealizado as superficies traumatizadas, pos este acto operatorio, collocavamos uma sonda a la Witzel, sem fazer a resecção da bolsa intestinal dilatada, pelo facto de o obstaculo ao transito se achar ubiquado no ultimo segmento do ileo, apenas ha poucos centímetros de distancia da valvula de Bauhin, numa porção intestinal provida de irrigação sanguinea, relativamente, fraca, e, por isso, um tanto impropria ao restabelecimento cirurgico da continuidade do órgão, por anastomose termino-terminal ou latero-lateral, e já que a ileo-sigmoidostomia e a ileo-colostomia nos pareciam inadequadas, neste caso, em que graves alterações agudas, congestivas e inflammatorias, haviam reinado nos dominios do peritoneo, e já que nos lembravamos de que o grosso intestino não é um órgão vantajoso para a rapida consolidação das suturas, nelle praticadas.

Alem destes factos, os quaes não constituiram os argumentos decisivos, que orientaram nossa acção, mas, apenas, coadjuvaram, em a orientação seguida no caso, havia a causa principal, determinante della, que constitui no facto de se achar, ainda, em boas condições de nutrição e em estado de restitutio ad integrum, o segmento intestinal, alterado, pelo processo pathologico da oclusão.

Deveras dramatico foi ou continuou a ser, contudo, o período, que se seguiu, á esta segunda intervenção.

O intestino relutou em sahir da profunda sideração funcional, em que havia

immergido, e sómente no quarto dia desta relatomia veio dar signal do despertar de sua motricidade, do restabelecimento gradativo de sua capacidade funcional.

Como consequencia desta demora, o syndrome humoral e o desequilibrio circulatorio e, tambem, a depressão geral, a asthenia de todas as funções, attinjam intensidades alarmantes, apenas compatíveis com as condições de vida precaria deste organismo, nestes dias de crise, a qual esteve na eminencia de extinguir-se, a todo o instante, apezar de todos os meios adequados ao combate da situação, que, continuamente, empregavamos.

Havíamos, muito provavelmente, apreciado, erradamente, as condições morbidas, reinantes no caso, e não havíamos avaliado bem a capacidade das funções organicas, estabelecendo, com clareza, a resultante, a dimanar da relação da qualidade da agressão e da defesa.

As condições de anatomia normal e as condições de anatomia pathologica nos haviam induzido, neste caso, a sermos conservadores, a não extirpamos, conforme nossa orientação habitual, o fóco toxico da oclusão, julgando, que as toxinas, nelle, elaboradas, ainda não estivessem em condições de oferecer perigos maiores ao organismo do doente.

Entretanto, o órgão siderado não queria obedecer á nenhum influxo therapeutico, de natureza medicamentosa, chimica ou physica, que fôsse, e a intoxicação continuava a produzir seus terriveis efeitos maleficos.

Recorremos a todos os meios de cura indicados no combate á estes estados morbidos, fazendo uso de sôros, transfusões sanguineas, pituitrina, tofina, senatina, prôstigmina, sôro physiologico hypertônico, glicerina etc..

Entretanto, todos elles se mostravam inefficientes e o quadro symptomatologico geral e estava a exprimir a vida a piorar, sempre, neste individuo, até que, no quarto dia, subsecente á ultima intervenção, quando quasi nos estávamos a convencer da inutilidade dos esforços despendidos, para o restabelecimento desta existencia, lentamente, começou a drenar-se o conteúdo intestinal, atravez da sonda de Witzel, para, em pouco tempo, transformar-se, esta drenagem, em uma abundante e continua eliminação de gazes e de fezes liquidas, ao mesmo tempo, em que o transito normal se restabellecia e que o quadro mor-

bido se transfigurava, no sentido franco do restabelecimento da suade do doente.

Em os dias seguintes, á esta mudança da situação morbida do doente, a evacuação, por via natural, continuava a se normalisar, ao passo que a eliminação pela sonda diminuia, progressivamente, e cessava tendo esta cahido, expontaneamente, no decimo quarto dia da segunda intervenção.

Dois dias depois, deste facto, quando o trajecto da sonda se havia obturado, de todo, davamos alta curado, á este doente.

Esta observação está a dizer, clara e insophismavelmente, que houve, neste caso, não só a evacuação do conteúdo do colon, após a primeira crise de occlusão, mas, também, que houve o transitio do conteúdo do intestino delgado, atravez do fim do ileo angulado, pelo mechanismo do restabelecimento temporario da curcatura normal da alça obstaculada, em consequencia do cimento temporario da curvatura normal hyperperistatismo therapeuticamente desencadeado.

Tambem está a comprovar esta nossa these de ser possivel o transitio provocado, atravez do obstaculo por angulação do intestino, sem a existencia da diminuição da luz real deste órgão, mas apenas com sua diminuição virtual, por adossamento respectivo das paredes, entre si, ao nivel da parte dobrada, a observação de nosso proficiente collega Dr. Oswaldo Hampe Sobr., sobre um caso de occlusão, surgida no periodo immediatamente subsequente a uma operação de eventração post-operatoria, com muitas adherencias visceraes, no qual caso, no quinto dia da intervenção, se havia installado a symptomatologia inconfundível e total de se estar deante desta desagradavel complicação, das intervenções chirurgicas.

Mostrava o exame radioscopio, em Odelar A., com notavel nitidez, os niveis liquidos, nas alças dilatadas, o signal de Koiber, chamado, e, também a parada do meio opacificante ao nivel do ponto obstaculado, de modo a não se poder alimentar a menor duvida sobre a exatidão do diagnostico, que fôra clinicamente, estabelecido.

Impunha-se, por conseguinte, a indicação de se de intervir, sem delongas, e, por isso fazia-se os preparativos para relaparotomisar o doente, em o mais breve espaço de tempo possivel, após este exame.

Entretanto, em consequencia da acção therapeutica, excitante do peristaltis-

mo intestinal, que fôra repetida, agora, movia-se, neste interim, o tubo digestivo, e o transitio se restabellecia, seguido de evacuações abundantes, da cessação dos vomitos, da diminuição do meteorismo, do desaparecimento, enfim, da phenomenologia da occlusão intestinal e da occlusão, propriamente dita, que estava a complicar o caso.

Mas, cinco e seis dias deopoís deste feliz acontecimento, se restabellecia a mesma phenamenologia morbida, e, radioscopicamente, se verificava o facto, quasi surprehendente, de se estar diante de uma recidiva de occlusão, do periodo post-operatorio, sobrevinda no mesmo ponto do intestino.

O imperativo das circunstacias impu- uha, de novo, a indicação de se intervir, para a remoção de causa determinante do obstaculo ao transitio intestinal.

Emquanto se preparava a sala para o acto cirurgico, por sollicitação do doente, para que se tentasse, ainda uma vez, curalo, com remedios, lhe applicada a prostygmina e a hypohisina, hypodermicamente, e, novamnte, após colicas intermitentes e violentas, se restabellecia o transitio intestinal.

Passado outros seis dias, repetia-se a manifestação morbida, do mesmo geito, porem, mais attenuamente, e cedia, expontaneamente, em 24 horas, para não mais se ter restabelecido, ao que se saiba, em tempo ulterior.

Este caso, por nós acompanhado, está a fallar claramente, a eloquete linguagem, dos factos constatados positivamente.

Como se vê certas vezes, é possivel haver o restabelecimento do transitio intestinal, em uma occlusão, solidamente estabelecida, quando a suppressão da luz do órgão fôr de natureza virtual, como nos volvulos e nas angulações.

Este phenomeno se processaria, pela distorção, no volvulus, e pelo restabelecimento da curvatura da alça dobrada, nas occlusões, por angulação e se verificaria, ora expontaneamente e ora em consequencia da sollicitação therapeutica energica da contractilidade intestinal, sendo, em geral, de duração ephemera.

Uma vez que outra, muito mais que raramente, na realidade, conforme nos parece, seria possivel o restabelecimento definitivo do transitio intestinal, isto é, da cura, incruenta, do mal.



Um e outro destes rumos estariam a depender da disposição adherencial, existente na oclusão, e do gráo de alteração pathologica das paredes do segmento intestinal, em relação immediata, com o fóco inicial da doença, do periodo post-operatorio.

Não resta duvida, que a supressão da emissão de ventos e da evacuação de fezes constitua a expressão clinica da interrupção do transito intestinal e que esteja a exprimir a existencia de um processo pathologico, de natureza organica ou funcional, causador do mal, e que tenha sido o phenomeno central, primitivo, desta entidade morbida, da qual continuará a ser a base clinica, em qualquer circumstancia, porquanto, sem ella, não poderá haver ileus.

Entretanto, este phenomeno, que se affirmará, mais cedo ou mais tarde, como um symptoma de valôr absoluto, não é constante na phase inicial da doença, na phase em que se torna de imprescindivel necessidade a identificação do processo pathologico, para se poder intervir, em tempo util.

Em a phase inicial do ileus, conforme se nos afigura, este signal basal das oclusões está longe de possuir o valôr diagnostico da colica intestinal rythmada, intermitente e persistente de Nothnagel, e os proprios signaes de Kussmaul e de von Wahl, que são phenomenos propedeuticos correlatos, com o supra citado signal de Nothnagel, possuem, neste periodo, maior valôr clinico, porque suas presenças estão affirmando, peremptoriamente, a existencia de um obstaculo ao transito, quando, as vezes, a falta do signal da supressão de ventos e de fezes não permite concluir-se, que não exista oclusão intestinal.

Julgamos, que não ha a necessidade de se ajuntar um grupo de symptomas, da cathegoria daquelles, que sóem se encontrar nas oclusões intestinaes, para se poder identificar este estado morbido, embora tal facto seja de se desejar, porquanto outorga maior autoridade ao cirurgião, que decide a orientação a seguir-se.

Muito mais interessante, para a solução da equação diagnostica, nos parece ser a possibilidade de se isolar, de se captar e de se extrahir do meio da symptomatologia geral, confusa, muitas vezes, em certos casos, em este periodo cirurgico, principalmente, algum ou alguns poucos symptomas, dotados de alta e real expres-

são physio-pathologica, como o signal da colica de Nothnagel, o signal de von Wahl e o signal de Kussmaul, cada um dos quaes, em si, possui um valôr, quasi pathognomônico, de modo a poderem nos autorisar, cada um de per si, a afirmar: o diagnostico de oclusão, diagnostico, que será reforçado, quando mais de um destes symptomas estiverem presentes.

Como se vê, a colica intestinal intermitente, rythmada e persistente constitue o signal mas importante, quasi pathognomônico, para não exagerarmos-nos ao classifica-lo de pathognomônico, dos primeiros dia da doença, quando fôr elle bem constatado, e a supressão da emissão de ventos e de fezes constitue o signal basal da doença, mas, sómente, tem alta importancia, uma importancia decisiva, um valôr pathognomônico, em um periodo tardio, deste estado pathologico, porque, como já expuzemos e é de conhecimento comum, elle pôde falhar no inicio, em certas classes de oclusões.

Um delles tem importancia decisiva no periodo util, no periodo cirurgico do mal, enquanto que o outro só tem valôr incontestado no periodo tardio, já quando a therapeutica cirurgica se torna inefficiente, quasi sempre, em uma phase, em que a acção operatoria, só de modo excepcional, poderá ser succedida.

Conclue-se, dahi, haver imprudencia e ser perigoso, em confiar-se o cirurgião, neste signal de supressão da emissão de ventos e da evacuação de fezes, para fazer o reconhecimento da complicação, em tempo oportuno.

O cirurgião terá que esperar, demasiadamente, em certos casos, para poder constatar, com segurança, a presença deste symptoma decisivo.

É dizer, que, sómente, lhe será possível fazer o diagnostico, em um periodo, no qual, graves alterações locais e profundos disturbios circulatorios e humoraes terão afastado, quasi sempre, as maiores possibilidades de successo therapeutico.

Como consequencia desta noção, de não ser de absoluta confiança este symptoma, em a phase inicial da oclusão, impõe-se a necessidade de se o apreciar attentamente e de se o interpretar convenientemente, em todos os casos, em que se fizer a hypothese de se estar deante de um caso de ileus mechanico.

Não resta duvida, que, quando o phenomeno de supressão de gazes e de fezes



é presente e se combina afirmativamente com a colica intestinal de Nothnagel e com os signaes de von Wahl e de Kussmaul, estejamos em as condições as mais favoraveis, que se possam imaginar, para a afirmação de um diagnostico.

Entretanto, quando isto não succeder, e que o symptoma basal estiver representando, por sua ausencia, uma expressão negativa de um facto pathologico concreto, deve ser despresada, completamente, a sua significação clinica, como sendo um factor imprescindivel de um diagnostico positivo e decisivo, em uma entidade morbida, na qual a conservação da vida está a depender, em grande parte, da maior ou menor presteza, com que fôr realisada a intervenção operatoria.

Em situações similares, o cirurgião, para chegar á sua meta, deve se orientar por outros symptomas, que o levarão a solução do problema clinico, em equação, e á consequente acção therapeutica, apropiada ao caso.

A observação deste criterio de proceder, se torna, ainda, mais necessaria, quasi imprescindivel, naquelles casos, em que houver suspeita de existir um processo de interrupção do transito intestinal, em o periodo post-operatorio immediato.

Assim, em estas circunstancias, elle, o cirurgião, terá que fazer, como se não existisse este symptoma basal, e terá de resolver a equação diagnostica, com o auxilio de outros symptomas, com o auxilio daquelles symptomas, que estiverem a exprimir a luta do peristaltismo, contra o obstaculo ao transito.

Não é, sómente, a observação clinica, que confere, com a sua valia incontestavel, a maior autoridade, á este grupo de symptomas, na resolução deste problema de identificação do estado morbido, que estiver a complicar o post-operatorio de um doente de cirurgia abdominal, ou que estiver a reinar no interior de um ventre agúdo, e que pôde estar a desafiar a nossa argucia, mas, tambem, a physio-pathologia está a dizer, de maneira clara, si fizermos uma representação mental das differentes phases do phenomeno pathologico, de que se trata, que a valia dos signaes, dependentes da contractilidade intestinal contra o obstaculo ao transito, deve ser de uma categoria mais alta, pelo facto de exprimirem estes symptomas, realmente, a existencia de um impecilho organico ao funcionamento do órgão occo, ao passo que o

phenomeno de ausencia de emissão de ventos e de fezes, o qual, embora se venha tornar o phenomeno definitivo do mal, e que é a consequencia fatal da supressão organica da luz do intestino, em a phase tardia, em a phase ultima, desta entidade morbida, está a depender, nos primeiros dias, da falta de peristaltismo normal, devido a sua sideração, pelo insulto pathologico ao órgão tubular ou pela inversão do sentido desta função, de motilidade.

Como se vê, um grupo de symptomas depende, desde a phase inicial da doença, da existencia de uma lesão organica, contra o effeito da qual, o peristaltismo luta, energica e teimosamente, tentando expugnar o obstaculo ao transito, e se revela, ao clinico, pela colica intestinal intermitente e rythmada de Nothnagel e pelos signaes de Kussmaul e de von Wahl, ao passo que o outro symptoma, o symptoma basal, constituido pela parada da evacuação intestinal e pela falta de emissão de gazes intestinaes, depende, tambem, da mesma lesão organica obstructora, mas, sómente, tem valôr decisivo, na phase final do estado morbido, porquanto, na phase inicial, este signal, para o segmento de intestino, que fica situado a juzante da lesão, está a depender de um reflexo inibidor do peristaltismo, o qual, por motivos varios, poderá deixar de ser presente, nesta phase inicial da doença.

A radiologia poderá, tambem, prestar seus serviços em as oclusões intestinaes, auxiliando ao cirurgião a sahir de difficuldades, algumas vezes.

Entretanto, ella se torna, em certos casos, investigação, demorada, noutros casos, de resultados impreciosos, algumas vezes, de maneira a não poder merecer, conforme nos parece, um papel preponderante, como meio de diagnostico, quando se estiver a tratar de identificar algum caso de oclusão intestinal.

De conformidade com o que sabemos, são estes os meios, de que pôde lançar mão o cirurgião do interior, em estas situações, para poder fazer, com a necessaria rapidez, um diagnostico de oclusão intestinal, tendo os attributos imprescindiveis de clareza e de precisão.

Na realidade, estes meios, apesar da reconhecida valia delles, não possuem importancia, em um certo numero de vezes.

Isto não deixa de ter seus inconvenientes, principalmente, nos casos de oclusões intestinaes post-operatorias, nos quaes, não

se deve reintervir, cirurgicamente, a não ser depois de se ter estabelecido o diagnostico da doença, com a maior exactidão possível, já que qualquer acto operatorio, acrescentado á primeira intervenção praticada, constitue uma acção altamente chocante, grandemente perigosa, tornando, via de regra ainda mais precaria, uma situação já precaria, em consequencia da doença primitiva e da therapeutica primeira, cruenta, empregada, a qual situação exclue, por consequinte, quasi sempre, a idéia de se praticar uma relaparotomia exploradora e, até, a simples reabertura do ventre, pela secção dos pontos de synthese cirurgica, para meros fins esclarecedores.

A maneira de um facto correlato com as oclusões deste periodo operatorio, que vem aborrecel-o, devéras, surge, em sua propria consciencia, a interrogativa sua sobre a propria responsabilidade, no apparecimento da complicação, manifesta-se, bastantes vezes, em certos meios, de modo mais ou menos velado, e, até, inconveniente, a desconfiança de parentes e de amigos do enfermo sobre a capacidade profissional do medico, de maneira a se formar, em torno de sua personalidade, um ambiente prejudicial a sua liberdade de acção e, por consequinte, ao proprio doente, já que estes factores influem, mais ou menos poderosamente, sobre o psychismo do cirurgião, o tornando indeciso, algumas vezes, tardio, em outras occasiões.

Neste estudo, que estamos fazendo, apesar de não dispormos da auctoridade, que os casos numerosos pôdem conferir e devem conferir, a quem se aventura a tratar de assumptos desta natureza, de modo a podermos fazer affirmações de solida valia, de podermos apresentar uma these, propriamente dita, sobre as verdades contidas em um grupo de factos constatados, judiciosamente, ao focalisarmos certos problemas delles, julgamos, contudo, nos assistir o direito, não obstante esta circumstancia, diante das noções colhidas em unia pratica vivida intensamente, de termos apresentado algumas considerações, sobre problemas inherentes ao thema, embora não fazendo illusões sobre a solidez delles, admittindo, sempre, a possibilidade, presente ou futura, de se fazer a revisão de sua valia e admittindo, tambem, que a sua acceitabilidade, possa ser recusada, por motivos mais racionais ou mais consistentes, do que aquelles, que parecem prevalecer, para nós, na questão.

Si bem que, na oclusão intestinal, em geral, causas variadas possam determinar o phenomeno pathologico, aqui um volvulo, alli um estrangulamento interno, lá um cotovellamento de intestino sobre uma brida ou sobre um diverticulo de Meckel, na oclusão intestinal do periodo post-operatorio immediato, ha, quasi sempre, a actuar, etiologicamente, as mesmas causas, depentes de processos inflammatorios e de erros de technica cirurgica.

O que se sabe, a respeito da origem desta variedade de ileus, quando sobrevindos, immediatamente, após o acto cirurgico, tem importancia real e merece ser apreciado convenientemente, para se poder discernir, devidamente, entre os factos pathologicos, em correlação com as diferentes causas do estado morbido, em vigencia.

Duma feita, alguém, de nossa profissão, chamou-nos a attenção, sobre o facto, de que a oclusão intestinal post-operatoria, assim como outras cousas da medicina, pareciam escapar ás leis do bom senso, de modo a se lhe afigurar não ser, ella, de maior frequencia, entre os operados desageitados, do que entre aquelles technicos dotados de genio cirurgico.

Não resta duvida, que a natureza possa ter ou possa aparentar possuir seus caprichos e se mostrar, muitas vezes, insondavel, em seus designos, em suas leis, áquelles, que lhe perguntam o porque das cousas, o porque dos factos e dos sucessos, que se lhes apresentam.

Entretanto, apesar da phrase, de que, no mundo, tudo baila em torno do acaso, ter surgido do coração e do cerebro de um dos mais scintillantes espiritos, que jamais o sol illuminou, é de se acreditar, que ao contrario disto, deva haver uma harmonia immensa, em os phenomenos da natureza, e que nosso intellecto, na incapacidade de perceber as leis, que regem estes factos, é que se põe a bailar, em volta das cousas, que não pôde comprehender.

As oclusões intestinaes do periodo post-operatorio, das laparatomias, se manifestam, immediatamente ou tardiamente, após estas intervenções.

Algumas vezes, ellas sobrevivem, em consequencia do traumatismo operatorio, outras vezes, entretanto, e, na maioria das vezes, na realidade, ellas são devidas ao processo pathologico intra-abdominal, áquelles estados morbidos de natureza inflammatória, principalmente, sendo que, rarisimamente, ellas poderão originar-se não

de um ou de outro destes factores, mas, apparecem, como uma mera coincidência, como uma oclusão de natureza primitiva, como um estrangulamento de uma hernia interna, por exemplo, a se instalar, nesta ocasião.

Sómente, de uma maneira, mais do que rara, se poderá, em sã consciencia, imputar ao cirurgião, alguma responsabilidade, na genesis do ileus mechanico, post-operatorio, pelo facto, actualmente, de conhecimento generalizado, de a muito grande maioria destes casos de oclusões serem consequencia de processos inflammatorios adhesivos, proprios da doença, que ha requerido a intervenção cirurgica, e não estarem, por consequinte, na relação de causa e effeito, a depender do acto mechanico da intervenção cirurgica.

Esta imputação de responsabilidade poderá ter procedencia, sómente, quando, devido ao desleixo seu, na realização da technica rigorosa, sobrevier uma oclusão, pela passagem de um segmento intestinal, atravez de uma fenda cirurgica, não suturada convenientemente, como naquellas do meso-colon transverso, dependentes das intervenções gastricas e duodenaes, com anastomose retro-colica, ou em aquellas fendas do mesenterio e dos mesos, resultantes das resecções do intestino delgado e do intestino grosso, ou quando uma alça intestinal se tiver introduzido forçadamente, entre os labios da incisão da intervenção cruenta, em a qual a sutura da parede abdominal tiver sido incorrectamente realisada, ou, ainda, quando uma alça intestinal se dobrar, ao nivel de uma brida operatoriamente criada ou de uma adherencia formada ao nivel de uma superficie peritonialisada e não reparada, de conformidade com os preceitos da technica operatoria.

Realmente, este grupo de oclusões, não é de se levar muito em conta, na pratica actual, si nos lembrarmos do elevado gráo de cultura e de capacidade de operar, dos cirurgiões, de nossos dias.

Na justificada finalidade de se conseguir melhorar a percentagem das curas, em as laparatomias, feitas, procurando-se evitar as peritonites ou se as curar, quando já estabelecidas, se tem recorrido a variados meios, mechanicos, chimicos, physicos ou biologicos, para completar ou reforçar a acção da cirurgia, a qual, apesar de ter feito a suppressão do fóco pathologico, não pode impedir, muitas vezes, que a

infecção peritoneal, já existente ou em periodo de incubação, prosiga em seu evolvimento, de consequencia, deveras graves.

Ultimamente, em applicações locais, se tem feito uso dos diferentes sais das sulfanilamidas, em lugar do uso de outros antisepticos, outrora empregados, larga manu, mas sem resultados favoraveis.

Não se pôde negar o direito de se recorrer ao emprego deste poderoso medicamento anti-infectuoso, quando houver uma indicação precisa para a sua applicação.

Entretanto, o seu uso, indiscriminadamente, em todas as laparatomias, a sua farta pulverisação dentro do peritoneo, não se acha justificado.

Não ha razão, em se o empregar, naquelles casos, em que o peritoneo, terminadas as manobras cirurgicas, se mostrar intacto, de superficie lisa, com o epithelio de revestimento não tocado, em os quaes, os diferentes actos operatorios tiveram sido realisados de maneira singela, não traumatizante, quasi sem uso de compressas secantes, quando o cirurgião tiver a impressão de que tudo correu bem e que as leis da asepsia não foram infrijuídas, porque este poderoso agente de desinfecção poderá, ao contacto do peritoneo, provocar a exudação de fibrina e condicionar a formação de synechias e ser, por consequinte, causa de alguma oclusão intestinal.

Em outros tempos, se ha empregado varios agentes therapeuticos, intra-peritonealmente, applicados, com identica finalidade.

Entretanto, se excluirmos o soro physiologico e o rivanol, em solução, todos elles se mostraram, não só inefficientes, mas até prejudiciaes, tendo sido, por isso abandonados.

A drenagem da cavidade peritoneal, com tubos de vidro ou de cautchouc ou de outro material, com gases, com cautchouc laminado, com fios, ou por outros meios, tem sido, algumas vezes, accusada de ser responsavel, por cassos de oclusão post-operatoria.

Não se pôde pôr em duvida, que esta drenagem condicione a formação de adherencias, que tendem a encapsular o corpo extranho drenante, de modo a separal-o da grande cavidade peritoneal, e que crie, assim, uma condicção etiologica, realmente importante, ileus machanico post-operatorio.

Entretanto, apesar de se reconhecer a positividade deste facto, pôde-se, con-

tudo, não se o levar a altura necessaria, para constituir uma condicção capaz de derogar os direitos, que tem gozado, a justo titulo, a drenagem da cavidade abdominal, nos casos perfeitamente indicados.

Apontando as inconveniencias da drenagem intra-peritoneal, já, de ha tempos, alguns profissionais, baseados no facto, que, em vinte e quatro horas, a reacção ram o methodo de se operar sem drenagem plastica do peritoneo, decide o destino do operado de ventre, propuzeram e realizamos fôcos infectados deste orgão, fazendo a suppressão fonte de infecção, retirada do puz e dos liquidos existentes na cavidade peritoneal e o fechamento do ventre.

As estatisticas destes cirurgiões são deveras eloquentes.

Entretanto, ellas não nos parecem ser mais eloquentes que as estatisticas dos operadores, que usam a drenagem.

Para podermos ajuizar, convenientemente, a responsabilidade da drenagem na genesis das oclusões intestinaes post-operatorias, devemos levar em consideração o facto, que, sómente, se drenam os peritoneos infectados ou gravemente alterados por acção traumatica ou outras nos quaes, em consequencia das condicções nelles prevalecentes, fatalmente, haverá formação de synechias, porquanto a mobilização das cellulas fixas dos espaços conjunctivos, a diapedese leucocytaria, a educação fibrinosa, são phenomenos inherentes aos estados congestivos, hemorrhagicos, inflammatorios e traumaticos destes orgãos.

Si, alem disso, levarmos em consideração o facto, que a drenagem, convenientemente realisada, constitue um factor de desinfecção do peritoneo, conduzindo ao exterior as exudações pathologicas e ensejando, o que melhormente se verifica, quando se drena com o sacco de Miculicz, uma lavagem do fôco inflammatorio ou da cavidade peritoneal doente, por meio dos transudatos serosos deste orgão, os quaes agem, não só, mechanicamente, mas, tambem, por meio das propriedades anti-infectuosas, inespecificas, suas, segundo um processo, com o emprego das soluções hypertonicas, no tratamento dos ferimentos, chegaremos a conclusão, de que, seu uso, não deve ser abandonado.

Talvez, haja, neste proceder, um espirito exageradamente conservador, da parte dos cirurgiões, que persistem em manter o.

A estatistica, de resultados soberbos, do eminente gynecologista e cirurgião, de Porto Alegre, Martim Gomes, o qual não drena o peritoneo, em suas operações de Wertheim, que são numerosos, está a dizer, com a eloquencia dos factos, incontrastados, que a drenagem peritoneal é dispensavel, quasi sempre, nas intervenções desta cavidade.

Temos a impressão, de que, com o andar dos annos, os cirurgiões, a pouco e pouco, vão diminuindo o emprego da drenagem, em as laparatomias.

Esta orientação se accentuará, cada vez mais, a medida que os meios anti-infectuosos forem sendo descobertos e forem sendo applicados.

Por enquanto, balançados os effeitos maleficos, da drenagem, com os seus effeitos beneficos, se pôde chegar a conclusão, de que a drenagem, já que diminue a virulencia e a extensão do fôco pathologico intra-peritoneal, diminue, tambem, a extensão das causas determinantes de oclusões intestinaes post-operatorias, diminuindo, por consequinte, o numero de ileus, desta natureza, embora possa, raramente, produzir, por sua vez, alguma oclusão.

Como consequencia destas noções, fica a subsistir o direito de se continuar a usar da drenagem, em todos os casos, em que as condicções existentes, no interior do peritoneo, ao se terminar o acto cirurgico intra-abdominal, estiverem a dizer ao operador, que ha vantagem ou que é prudente lançar-se m.ão deste methodo complementar, para se conseguir o successo de cura do doente, que estiver sob os nossos cuidados, de uma maneira mais favoravel em sua evolução post-operatoria e, tambem, em um maior numero de casos.

Nós acreditamos, que, na grande maioria das vezes, em que apparece a oclusão, em consequencia com a existencia de um dreno intra-abdominal, esta complicação não pôde ser attribuida, exclusivamente, á acção do referido meio de drenagem, e que é mais razoavel, se a a attribuir á acção do processo inflammatorio adherencial existente, limitado ao fôco inicial do mal ou localizado mais ou menos longe delle, porquanto o ileus mechanico post-operatorio pôde e costuma apparecer, na maioria, das vezes, em ventres não drenados.

Assim pensando, não se está a negar a responsabilidade, deste agente, na etiologia das oclusões, mas, apenas, se es-

tá tentando mostrar o lugar, que nos parece lhe competir, em a hierarchia desta cathogoria de occlusões, na qual deve occupar uma posição muito modesta.

Verificada uma resultante morbida e constatada a causa desta resultante, surge, como um phenomeno natural, em o espirito do medico, talvez, como um acto instintivo, a dimanar das leis bases da personalidade, jazentes nos estratus profundos dos phenomenos psychicos dos seres humanos, aonde a experiencia dos seculos, que as formou, as gravou, para sempre, já que necessarias eram, para a conservação da especie, a necessidade de se comprehender o mecanismo intimo do phenomeno, de se verificar a sua physio-pathologia, para se poder ver, de que maneira a causa produziu o effeito, na finalidade de se a supprimir, de se a remediar, ou de se a contornar, para se poder evitar os maleficos resultantes para o organismo.

Originaram-se e se desenvolveram todas as sciencias existentes, como uma consequencia natural da exigencia desta poderosa força da personalidade, que procura comprehender o que póde investigar, para se poder defender e se conservar, em o ambiente adverso, em que vive.

Similar origem, tiveram a pathologia e a therapeutica.

O homem, fazendo vibrar suas faculdades intellectuaes, tem estudado tudo o que lhe tem sido podido conhecer, e tem systematisado todos os factos susceptiveis de serem relacionados a um systema de ideias, de maneira a resultar, delles, assim colligidos e hierarchisados, a possibilidade de se estabelecer leis de sabedoria, de utilidade para a vida.

Foi sob a agyda deste espirito de conhecimento, que as elegantes experiencias de physio-pathologia das occlusões intestinaes, fôram realisadas foi, baseado nos factos constatados, nestas experiencias, e apoiado nos resultados uellas, que se creou a pathogenia deste estado morbido, e que, por ella orientado, se imaginou a therapeutica, adequada ao tratamento e á cura do mal, em consideração.

Pathogenicamente, encarando-se a questão, observa-se, tres phases, perfeitamente distinguiveis, nas occlusões intestinaes.

Ellas affectam, entre si uma interdependencia, muito forte, na relação das cousas fataes, porquanto, a segunda destas phases não poderá existir a não ser que a

primeira se tenha installado definitivamente, ao passo que a terceira phase, sómente, terá possibilidade de apparecer, em consequencia de se ter installado a segunda.

A primeira phase corresponde ao inicio da doença; nella se constata a genese do phenomeno anatomo-pathologico, que leva á suppressão da luz intestinal e á consequente interrupção do transito, ao longo do interior deste órgão.

Esta genese se verifica, de conformidade com um variado mecanismo, em harmonia com os variados processos pathologicos, que são causas determinantes dos ileus mecanicos, que se conhecem.

Entretanto, nas occlusões post-operatorias, propriamente ditas, este mecanismo é, quasi sempre, um só, já que, via de regra, elle depende de uma angulação de alça intestinal, sobre alguma brida intra-peritoneal ou ao nivel de alguma synechia, que fizer adherir o intestino á parede abdominal ou á outra alça intestinal ou órgão outro qualquer, que possa ser.

A segunda phase, da occlusão, corresponde á phenomenologia resultante da suppressão do transito intestinal, a qual suppõe o apparecimento de alterações organicas, no proprio local, em que se processa o phenomeno de annulação da luz do órgão occo, e o apparecimento de alterações anatomicas e funcçionaes, no segmento intestinal, situado á montante da lesão obstrutora.

Nesta phase, a custa das alterações desagregativas dos elementos tissulares e histologicos do intestino, pathologicamente, lesado, e a custa das modificações fermentativas, que se realizam no interior da alça, em os liquidos, nella estagnados, se forma, com presteza, o foco toxinico, que ensejará o apparecimento da terceira phase do processo morbido.

A terceira phase da occlusão corresponde á disseminação da toxina, ou das toxinas, existentes no foco de occlusão, pelo organismo todo.

Nesta phase, um mal, inicialmente localizado, se transforma em um mal generalizado, em uma intoxicação de toda as funcções, de todas as cellulas e tecidos do organismo.

Para que se possa observar esta phase, necessario se torna, que as substancias toxicas contidas no interior do intestino ou na intimidade de suas paredes, alcancem a circulação geral, o que, sómente, vem se verificar, quando a textura da parede

intestinal continente soffrer alterações tão profundas, que permittir a dialyse ou a osmose dos liquidos, que estiverem ao seu contacto, ou, quando, as substancias toxinas poudarem chegar á superficie da mucosa intestinal, do segmento deste tubo, que ficar á juzante da lesão, ou, ainda, como querem alguns auctores, por meio da absorpção peritoneal, a favor de perfurações necroticas da parede intestinal dilatada e profundamente deteriorada.

Haveria, assim, uma phase inicial, de formação da occlusão, uma phase intermediaria, de reacção contra o obstaculo ao transito, e de alterações anatomicas e histologicas locaes, que levariam á formação de um foco toxico, quando a contractilidade intestinal entrasse em esmorecimento e collapsus, e haveria, por fim, uma terceira phase de intoxicação geral do organismo, na qual, haveria sideração e desequilíbrio das funções vitaes, quando as toxinas, formadas no foco toxico, se espalhassem na torrente circulatoria.

Entretanto, estas phases, nem sempre, se mostram, com a nitidez desejavel, porque a phenomenologia reflexa costuma se mostrar, muitas vezes, desde o inicio, de modo a adduzir confusão, já existente, originada de outras circumstancias.

Clinicamente, haveria, como phenomenos correspondentes ás lesões existentes, no interior do ventre, uma phase inicial de reacção dolorosa, uma phase intermedia de esforço peristaltico violento, de colica intestinal intermittente, violenta e rythmada, contra o obstaculo ao transito, e uma terceira phase, final, de collapsus destas funções locaes e de todas as funções geraes, de importancia, pelo exgotamento de energia e pela intoxicação geral.

Não ha, nestas duas ultimas phases, delimitação perfeita, entre uma e outra, de maneira que as funções vão se esmorecendo a medida que as lesões vão se accentuando e as forças de resistencia vão desaparecendo.

É na segunda phase, que se inicia a dilatação intestinal, na alça situada acima da lesão inicial, que a circulação arterial, venosa e lymphatica da parede se faz, progressivamente, mais morosa, até desaparecer, sob a acção da hyperpressão intra-intestinal, condiccionando a desintegração tissular, das zonas mal nutridas, e a formação de pelypeptides e de outros toxicos, talvez, nesta segunda phase, que se inicia a transformação fermentativa do conteúdo

intestinal, tambem, é nella, que aparece e que avulta a formação de um conjuncto de phenomenos pathologicos, que vão desfechar o golpe final na vida do doente, na terceira phase do mal, com a intoxicação e o collasus final, de todas as funções vitaes.

Ha, de inicio, um periodo de resentimento local, dos órgãos atacados, que, gradativamente, se desintegram anatomica e funcionalmente; ha, depois, um periodo, de resentimento geral, em todo o organismo, no qual, todas as funções se desequilibram, sob o influxo das substancias toxicas, originadas no foco pathológico.

Em simultaneidade, com o desenvolviment das lesões visceraes, sendo a expressão dellas e de suas alterações subsequentes, manifesta-se e desenvolve-se toda a phenomenologia symptomatologica e das alterações humoraes e funcçionaes, que sóem ser observadas, nestes casos.

Assim, constata-se, que a dôr, da phase inicial da doença, correspondente á installação do estado morbido, apresenta-se, quasi sempre, com character violento, adquirindo, em seguida, as characteristics qualidades de intermittencia, de rythmo regular e de persistencia, sendo a expressão subjectiva das ondas peristalticas do intestino, que vão esbarrar e morrer de encontro ao ponto, em que se ha interrompido o transito do intestino, assim, constata-se, que, nesta phase, o peristaltismo se exalta e se vicia, de maneira a aparecer a onda de retrocesso, cousa normal no grosso intestino, mas excepcional no delgado; do mesmo modo, se verifica, em simultaneidade com a segunda phase, anatomo-pathologica, deste estado morbido, que, após uma primeira sub-phase, de viva reacção motora, as alças intestinaes, collocadas a montante do ponto de interrupção do transito, principalmente a primeira, a ser contada do ponto de referencia este, se dilatam, em uma segunda sub-phase, progressivamente, ao mesmo tempo, que a intensidade de seu peristaltismo decresce, gradativamente, até, se extinguir, de todo, em consequencia do trabalho energico realizado para vencer um obstaculo, que não cede, e, tambem, em consequencia das alterações morbidas, dos elementos nervosos, musculares e de outras cathegorias, proprios das paredes intestinaes, alterações, estas, dependentes de deficiencia nutritiva do órgão, devida ao achatamento dos vasos, prepostos á irrigação sanguinea sua;

do mesmo modo, se verifica, o que foi de sobejo, experimentalmente, provado, a formação de elementos toxicos, em esta phase, no segmento de órgão, em estado de desagregação histologica; tambem, na terceira phase, esta formação de toxinas continua a se processar, em maior quantidade, provavelmente, já que, então, as alterações tissulares attingem ao gráo máximo, e é, no inicio desta phase, que as substancias toxicas se põem a invadir todo o organismo, em consequencia da permeabilisação das paredes, intestinaes, transformando-se a occlusão, de doença localisada, em doença generalisada, em uma intoxicação de todo o organismo, em fim; é, nesta phase final, que as lesões attingem o seu máximo de intensidade e é, nella, que as toxinas, produzidas e accumuladas, em grande quantidade, no fóco de occlusão, passando em massa para a circulação geral, condicionam uma intoxicação de todo o organismo, desorganizando funcções, desregularisando a harmonia de correlação dellas, modificando a constituição cellular e a architettura dos tecidos, entumescendo as cellulas de Havlicevk, seccionando o influxo vago-sympático de contractilidade do *systema Porta*, determinando a morte, em fim, por hemorragia intra-vascular.

Sejam estas toxinas constituídas por proteoses ou por polypeptides ou por substancias venenosas de outra natureza, o que, sobre tudo tem importancia é ter-se noção do facto da formação e da existencia de um fóco toxico no intestino obstaculado, desde a segunda metade da phase intermediara, donde as toxinas, por absorpção ao nivel da mucosa inalterada do segmento de intestino, infra-lesional, após remoção do impecilho ao transito, ou por passagem á grande circulação, após permeabilisação da parede intestinal, em consequencia dessas alterações estructuraes suas, que se apresentam, em sua maxima intensidade, na phase final do processo pathologico, e, tambem, em parte, em alguns casos, por absorpção ao nivel do intestino doente, quando se houver feito, cirurgicamente, a sua descompressão, irão determinar o aparecimento da symptomatologia geral, final, supra-referida.

Ha, neste estado morbido, uma phase local, cirurgica, e uma phase generalisada, da doença, na qual, a cirurgia se mostra, quasi sempre, inefficiente.

Á esta intoxicação, que se processa, de conformidade com os processos já des-

criptos, pôde-se adduzir phenomenos inflammatorios e infectantes do peritoneo, em consequencia da invasão deste órgão, por germes intestinaes morbigenos, feta atravez das lesões parietaes, providas das necroses anemicas.

Para alguns cirurgiões, estes phenomenos de peritonite, de expressão variada, conforme a virulencia dos germes infectantes e conforme o typo reaccional do peritoneo, em relação com a resistencia local ou geral á infecção, seriam os causantes de toda a phenomenologia morbida, das phases finais deste estado pathologico.

Na realidade, ha muita similitude, entre as manifestações da peritonite e aquellas dependentes das occlusões intestinaes.

Em ultima analyse, quer nos parecer, que, uma e outra, agem similarmemente sobre o organismo, já que são intoxicações, que prejudicam a circulação sanguinea e que condicionam a syndrome humoral.

Todas as duas tem semelhanças com as doenças toxi-infectuosas, como a diphtheria e o tetano, nas quaes, de um fóco toxigenio, se espalha a intoxicação pelo resto do organismo, indo alterar numa, de preferencia, o *systema nervoso*, noutra, as fibras do *myocardio* e, nas occlusões, as formações nervosas, vasculares e outras do *systema Porta*, que se dilata e que embolsa o sangue circulante, condicionando a anemia aguda da grande circulação, por hemorragia intra-vascular de *Blood-hood*.

O coração, conforme a lei de Goltz, faltando-lhe o estímulo da onda liquida sobre o *systema* de conductibilidade, condccionador da contractilidade rythmada do *myocardio*, vem parar, por falta de liquido a propellir.

Succede, assim, nas peritonites, assim, tambem, parece succeder em as occlusões intestinaes.

Deante da noção, que se tem, de ser a occlusão, inicialmente, numa doença localisada, sem repercussão geral importante contra as energias de resistencia individual, porquanto, em este periodo, não ha processado, ainda, a intoxicação geral do organismo, cumpre ao medico estabelecer, com a maior rapidez, possivel, o diagnostico do mal, já que, delle, principalmente nos casos de occlusões post-operatorias, depende o direto de se realizar a intervenção salvadora, de se pôr em pratica o unico meio de cura, que existe, para esta doença.

Como já tivemos, anteriormente, oc-



casião de dizer, deve este acto preliminar e essencial de diagnostico, ser baseado, nesta phase inicial do estado morbido, exclusivamente, sobre as expressões symptomatologicas da lucta do peristaltismo contra o obstaculo ao transito, já que o phenomeno basal, deste mal, consubstanciado na suppressão da evacuação de fezes e de emissão de ventos, não tem valôr pathognomonic, a não ser na phase tardia, não cirurgica, do mal.

A colica inicial de Nothnagel, seguida das colicas intestinaes, mais ou menos violentas, intermitentes e persistentes, constituem os signaes de maior valia, como já dissemos, com que se pôde contar, para se estabelecer este diagnostico, de modo precoce, em tempo util.

E, nos casos, em que se poudes constatar a coexistencia do signal de Kussmaul e daquelle de von Wahl, este diagnostico, que se procura fazer, pôde ser affirmado, de maneira peremptoria.

Conforme nossa convicção, oriunda da observação de alguns casos desta doença, merece, por seu valôr, o lugar de destaque, entre todos os signaes, que se conhecem, para a identificação do ileus mechanico, em esta phase inicial, a colica intestinal intermitente, rythmada, persistente, a qual, quando se apresentar, com estes caracteres de rythmo, de persistencia e de intermittencia, que excluem a colica de emissão de ventos e de evacuação de fezes, que são transitorias e que terminam com a ultimação destes actos, constitue o signal pathognomonic do phenomeno de occlusão.

Principalmente, na occlusão do periodo post-operatorio, aonde, muitas vezes, reina imprecisão e confusão, possui esta colica, um valôr diagnostico, de primeira grandeza, já que se a pôde constatar, quando todos os outros signaes carecem de precisão, e, tambem, porque, quando se a constata, claramente, com ella unicamente, se pôde resolver, de modo positivo, a equação, que se nos apresenta, quando todos os outros meios, que existem não permittirem chegar-se á este objetivo, sem dilatação.

Si a colica intestinal da occlusão fôr acompanhada do signal de Kussmaul, da ondulação visivel e perceptivel do intestino, e do signal de von Wahl, da dilatação inicial do intestino, em um pequeno segmento seu, apenas, chega-se á conclu-

são, firme, de que se está diante de um caso de ileus intestinal.

Torna-se, de imperioso dever, para o cirurgião, ao se lhe apresentar um caso de disturbios graves, intra-ventraes, de modo primitivo ou de modo secundario, quando suspeitar da existencia de uma occlusão, prescindir, como já dissemos, do phenomeno de suppressão de emissão de ventos e de evacuação de fezes, pelo facto de ser, elle, um phenomeno fallaz, no periodo cirurgico do mal, de somente possuir um valôr pathognomonic, indiscutivel na phase final sua, na phase do collapsus de todas as funcções organicas, porque, enquanto houver contractilidade intestinal, poderá haver, como anteriormente já relatamos, em certas formas de ileus, não só a possibilidade de esvaziamento do conteúdo do segmento de intestino, collocado á juzante da lesão, mas, tambem, poderá haver, embora de maneira mais do que rara, esvaziamento do segmento, situado á montante da lesão.

A grande valia, deste signal, se evidencia, de maneira especialissima, em os individuos obesos, nas occlusões intestinaes dos quaes, toda a symptomatologia se resente da falta de clareza, aonde tudo é dôr, tudo é máo estar, aonde reina a confusão e a imprecisão, no mais alto grau.

Quando, em o periodo post-operatorio, que decorre, dramaticamente, em um obeso, que vomita desde as primeiras horas da intervenção, que elimina ou que eliminou ventos e fezes, no qual não se pôde saber, ao certo, do que se trata, si se está diante de uma peritonite, de uma pancreopathia aguda, de um infarctus do mesenterio ou de algum outro estado morbido, se vier constatar, com certeza, a presença da colica intestinal, intermitente, rythmada e persistente, esta decidiria o diagnostico, á favor da existencia de uma occlusão intestinal.

Esta colica é, de inicio, localisada, e, observadas as variações metamericas das zonas de Head, esta localisação dolorosa localisada a lesão anômica inicial.

Si, nas occlusões primitivas, não ha prejuizo, em se fazer uma laparotomia, que pôde ficar sendo, apenas, de natureza exploradora, o mesmo facto não se dá, entretanto, em o ileus mechanico, do periodo post-operatorio, nos quaes, não é indifferente a reintervenção cirurgica, porque esta condicciona um novo choque á



um individuo, tendo a sua resistencia vital, assaz diminuida, de modo a poder causar-lhe a morte, com facilidade.

Nestes doentes, com precario estado de resistencia vital, sómente se acha autorizada a pratica de uma relaparatomia, perante a consciencia humana, quando houver uma formal indicação deste acto, pelo facto de constituir o acto cirurgico a conditio sine qua non de salvação da existencia.

É, em consequencia desta maneira de se ver o problema, que, o cirurgião se deve esforçar, ao maximo, para fazer uma exacta resolução da incognita diagnostica, que se lhe apresenta, concentrando todo o poder de analyse e de synthese, na investigação dos phenomenos morbidos existentes, no caso, para errar o menor numero de vezes possivel.

Não estamos afirmando, de maneira peremptoria, que, assim, succeda sempre, em todos os casos.

Nós sabemos, que, em certos operados, bem no inicio da complicação, quando se tiver a sorte ou a capacidade de se poder reintervir em tempo oportunissimo, é de-veras simples destacar-se, quasi sem acção deprimente, a adherencia cotovellante, e se conseguir uma cura brilhante da occlusão.

Entretanto, estes casos não constituem a regra, mas a excepção, ao passo que os casos, com caracteres cirurgicos opostos á estes de natureza benigna, constituem a regra, são os que habitualmente se encontram.

Diante destas noções e diante desta maneira de ver as cousas da pathologia, em este periodo post-operatorio, está a nos parecer, que a orientação de therapeutica cirurgica, que se segue, em os ventres agudados, e que a phase de Lejeras exprime, com claresa e com precisão, quando nos diz, que la doute, opérez tout de suite", deve sofrer, aqui, uma restricção, a favor da orientação, que exige, que se opere, de novo, após poucos dias, o doente, no qual, nesta phase, se ha manifestado um ileus mechanico, cujo dignostico, não tiver sido baseado em signaes de probabilidade, mas em signaes de certeza, ou de quasi certeza, para nos exprimirmos mais de accordo com as condições da vida.

Há, sem duvida, uma sabedoria profunda, na orientação, traçada na phrase, do eminente cirurgião de Paris, mas, ha prudencia, ha sabedoria, também, quando

se proceder de conformidade com a orientação traçada, para os casos do grupo especial, da phase citada, das intervenções cirurgicas.

Julgamos, não incidir em erro, ao dizermos, que esta orientação melhora os resultados da cirurgia abdominal, pelo facto de ensejar um certo numero de curas de occlusões post-operatoria e de evitar, que, um acto grave de cirurgia seja praticado, em algum operado, em estado grave, sem justificativa suficiente, para a realização deste acto, nestas condições, ensejando, pelo choque accrescentado, um certo numero de mortes, a mais, das quaes, algumas dellas, poderiam ser evitadas, talvez.

Nestes casos, quasi sempre, diante das circunstancias imperantes, ao menos, na clinica privada, a razão e o sentimento, sómente, nos auctorisam a fazer a indicação de uma relaparatomia, quando houver, a apoia-la, a certeza diagnostica, de existir, realmente, uma occlusão intestinal.

Sejam, quaes forem, as condições existentes, em os casos de ileus mechanicos, que se nos apresentam, em nós, como um instincto, que foi primitivo e é actual, a ideia de se prestar soccorro ao nosso semelhante, que luta, pela existência, e que á nós se confia, pedindo salvação.

Foi sob o influxo das contingencias psychologicas, destes momentos, que nasceu a medicina, que, a pouco e pouco, se aperfeiçou, atravez das edades, até ter attingido o nivel actual, tornando-se uma organização de Estado, já que, hoje, não se admite, que se succumba, sem assistencia medica, sem os soccorros da sciencia.

Não resta duvida, que a reintervenção, reclamada por uma occlusão post-operatoria, seja realisada sob a imperiosa obrigação de um dever a cumprir-se, já que ella constitue o unico meio, de que se dispõe, para salvar-se uma existencia, que está a bruxolear, consumindo as derradeiras energias, que lhe restam.

Embora, a não ser á Nietzsche e á alguns outros seres, diferenciados, de nossa especie, não se possa penetrar no amago do coração humano, julgamos, que, para o profissional, isolado, do interior, seja bem mais duro o cumprimento, deste dever, ao qual, elle não se póde subtrahir.

Desde o instante, em que tiver sido estabelecido o diagnostico de certeza de um ileus mechanico post-operatorio, está a impor-se, ineludivelmente, a obrigação de se reintervir, immediatamente, para se

remover o obstaculo causante da interrupção do trânsito intestinal, para suprimir-se o foco toxico intra-abdominal e para se reparar as lesões anatomicas das visceras, resecando-se-as, algumas vezes, de immediato ou secundariamente, após extirpação.

Entretanto, já antes que a equação de diagnostico tenha sido resolvido, quasi sempre, se ha recorrido ao emprego dos meios excitantes do paristaltismo, visando-se, antes de tudo, um fio diagnostico, esperando-se, poder concluir-se, dos seus resultados, com segurança, si se está ou não se está deante de um caso de ileus mechanico post-operatorio.

Não ha, segundo nossa convicção, motivos para se reear de empregar-se estes meios, em esta cathgoria de ileus post-operatorios, mas, parece-nos, não adiantarem, elles, grande cousa, nestes casos.

Talvez, até, em lugar de contribuir para o esclarecimento do caso, elle contribua para o estabellecimento da confusão, nelle, provocando um peristaltismo energico, capaz de produzir o esvasiamento do segmento intestinal, infra-lesional, e, tambem, capaz de produzir, o que antes já referimos, em certos casos raros, o esvasiamento da porção supra-lesional, ensejando, assim, uma grave confusão, capaz de levar á hesitações, á protellações de ação e a propria irresolução, com as funestas consequencias, dellas decorrentes.

Entretanto, já que, nas oclusões do periodo post-operatorio, devido á forma anatomopathologica da lesão, não ha contra-indicação ao emprego, destes meios, recém julgamos, não haver direito de se desaproveitar este procedimento, porquanto, bem balanceadas as conveniencias e as inconveniencias, que elle pôde apresentar, talvez, se tenha de concordar com elle, já que, de melhor, nada se conhece, actualmente.

Ultimamente, se tem lançado mão do methodo de Miller-Abott, o qual, drenado continuamente, ao exterior, o conteúdo intestinal estagnado, evita a hyperpressão intra-intestinal e a desintegração tissular das paredes do órgão continente, evitando, por consequencia, a formação de toxinas, das proteoses, dos polypeptides, prevenindo a auto-intoxicação e dando tempo, para que, em certos casos, possa se restabelecer o transito, com a melhora das condições pathologicas do segmento intestinal obstruido.

Mas, a therapeutica real, deste estado pathologico, reside, realmente, na acção cirurgica cruenta.

Abre-se o ventre, contando-se os pontos ou incisando-se a parede do abdomen, ha alguma distancia, da laparotomia primitiva.

Às vezes, o que se tem a fazer, é simples; o dedo ou outro instrumento destaca, com facilidade, a alça da adherencia, que a prende, e o problema da therapeutica se acha resolvido.

Noutros casos, ha necessidade de se adduzir, ao acto este, uma sonda de Witzel, collocada acima do ponto de oclusão, ha necessidade, tambem, às vezes de se fazer a peritonealisacão de alguma superficie de intestino, em a qual, o peritoneo tiver sido destacado, pelas manobras cirurgicas, dos planos anatomicos, que lhes são subjacentes.

Constitue, tambem, um acto cirurgico singelo, o fazer-se a exteriorisacão de um segmento intestinal, de maior ou de menor extensão, quando as lesões, existentes no órgão, estiverem a exigir este processo de tratamento, devido a gravidade das alterações, que apresentar.

De technica, um pouco mais complicada, é a resecção intestinal, que deve ser feita, quasi systematicamente, quando se estiver diante de um foco toxico, já que ella outorga, nestes casos, a maior garantia, contra a possibilidade de ser envenenado o organismo, pelas toxinas formadas e contidas, neste segmento intestinal alterado.

Apezar de ser a technica de resecção do foco toxico, isto é, de resecção de um segmento maior ou menor de uma alça intestinal ou de mais de uma alça intestinal, uma cousa nada difficil, ha casos, nos quaes, em consequencia da fragilidade das paredes intestinaes, em consequencia da vastidão das adherencias existentes, em virtude das alterações, nellas, existentes, e devido á diminuição, de caracter muito grave, das resistencias do organismo, se é obrigado a prescindir do methodo ideal, para se ter contentar com uma operação menor, menos chocante, embora de eficiencia menos segura, como a simples implantação de uma sonda de Witzel, já que, nestes casos, a mais racional exteriorisacão do intestino, pelos mesmos motivos, deixa, tambem, de ser uma operação apropriada.

Neste sector da cirurgia, tambem, como em todos os demais sectores, desta sciencia, como se vê, pôde acontecer, e aconte-

ce, muitas vezes, até, que se seja coagido a deixar, de parte, a orientação ideal, para se ter de contentar, com algum processo operatorio, mais ou menos engenhoso, destinado a substituir os actos essenciais e preferenciais, desta cirurgia, pelo facto de serem, em si, as benignos, embora menos efficientes, o que sómente encontra justificativa, quando, como já, repetidamente, afirmamos, se estiver deante de um caso, cujas forças estiverem muito abaladas.

Tambem, aqui ter-se-ha, de quando em vez, de deixar, de lado, a ideia mestra de se supprimir a causa determinante da occlusão ou de se extirpar o foco toxico, della, para, derivando-se o transito intestinal, remover, desviadamente, a occlusão, e, eliminando-se, para o exterior, as toxinas, evitar a intoxicação maciça do organismo, visando-se, com este proceder, dar tempo, para que as condições geraes e locais melhorem suficientemente, de maneira a permittirem, em ultteriores e oportunas manobras cirurgicas, a cura definitiva do doente, já que é melhor curar-se um enfermo, com duas intervenções, do que expol-o á um risco de morte, muito grande, tentando se o curar, em um só tempo operatorio.

Conforme as circunstancias, que se apresentarem, se faz, ora a supressão da adherencia cotovellante do intestino, quando o caso fôr reoperado, bem no inicio das manifestações do ileus, ora se accrescenta, á este acto cirurgico elementar, o complemento de uma drenagem a la Witzel, outras vezes, será sufficiente uma pequena resecção do intestino, ao nivel de alguma lesão visceral importante, proveniente do acto cirurgico, ou a sutura de rasgão desta viscera, mas, quasi sempre, quando este órgão estiver muito alterado, evidenciando a vigencia de um foco toxico, se impõe uma resecção vasta do intestino, uma exteriorisação sua ou, ao menos, o seu abocamento na parede abdominal, como uma condição principal, para se poder evitar os efeitos mortaes dos toxinas sobre o individuo.

Entretanto, com já vimos, casos ha, em os quaes, se é obrigado á não se fazer estas categorias de intervenções, em estes doentes, pelo facto de as condições locais e de as condições geraes não permitirem se as realizar, com sucesso, a não ser de maneira excepcionalissima.

Em estas situações, se recorrerá ao emprego de uma sonda drenante, ao exterior,

do conteúdo intestinal, quer se a colloque, conforme o processo de Witzel, quer se a installe, por meio de uma pequeria fenda e de um fio, que fixa os labios, desta fenda, sobre a peripheria da referida sonda.

Nos dias, que transcorrem, ha indicação formal de se operar todo e qualquer caso de occlusão intestinal, que seja collocado sob nossa responsabilidade profissional, a não ser quando elle estiver em condições de resistencia tão diminuida, que se torne illusoria e de resultados nullos e fataes a intervenção cirurgica.

Não deve a intervenção ser considerada, como era a praxe dos tempos idos, o ultimo recurso a ser empregado, como uma desesperada tentativa, para se curar estes doentes, depois de terem elles sido submettidos a acção de uma therapeutica variada e imaginosa.

Muito em opposição, com a orientação therapeutica, daquelles dias, deve ser a norma de proceder cirurgico, em nossos dias.

A operação precoce, a fr"uhe Operation, a realizar-se, immediatamente, após a identificação diagnostica, da occlusão do periodo post-operatorio, ou, immediatamente, após esta identificação, ou sem ella, quando as manifestações de ventre agúdo, lembrando ileus, sobrevierem, primitivamente, não post-operatoriamente, constitue a unica therapeutica racional e capaz de ser eficaz, capaz de ensejar curas.

E, na realidade, ella as enseja, em uma percentagem de casos, realmente apreciavel.

Qualquer demora, injustificavel, na execução da reintervenção, constitue erro, perigoso, de therapeutica cirurgica, que se torna responsavel por um augmento no coefficiente de mortalidade, de cifra tanto mais elevada, quanto maior tiver sido a demora, na realização do acto operatorio.

Os raros casos de cura, de ileus post-operatorios, que se verificaram, de maneira indubitavel, sem que se tivesse feito uso da cirurgia, não pôdem, em circumstancia alguma, justificar qualquer retardamento, na realização da intervenção cirurgica, nem perante a consciencia individual do cirurgião e nem perante a consciencia scientifica, projectada na litteratura medica.

Em outros tempos, que nos precederem, e nos confins finaes dos quaes tambem vivemos e agimos profissionalmente, em harmonia com as ideias, nelle dominantes,

uma ideia, simplista, prevalecia, entre os cirurgiões, em os casos de oclusões intestinaes, a qual os levava, depois de aberto o ventre, a fazer a supressão do obstaculo ao transito intestinal, distorcendo volvulos, seccionando bridas, desfazendo synechias, ressecando diverticulos de Mecker, suturando perfurações necroticas, excisando segmentos intestinaes, fazendo abocamentos ás paredes, tendo em vista, sempre e unicamente, o phenomeno mechanico de restabellecimento do funcionamento, da motricidade do órgão occo, o qual se fazia, sempre, que possivel, pela via normal, já de inicio, ou, após, um periodo de desvação temporaria, das fezes, por anus cirurgico, de emergencia, depois de uma intervenção iterativas.

Acontecia, entretanto, que, muitas vezes, nos casos operados, em bastante boas condições de resistencia, após operações realizadas com rapidez, singeleza e delicadeza, de modo a se ter cabaes direitos de se esperar brilhantes successos de therapeutica cirurgica, as condições pathologicas reinantes, em lugar de melhorarem, peioravam, gradativamente e rapidamente, e os doentes vinham a succumbir, no meio da depressão geral e crescente de suas forças, com o pulso a se accelerar continuamente, em um collapsus algido final, o qual devia estar a depender, como é do conhecimento scientifico actual, da hemorrhagia intra-vascular, no *syndroma* Porta, de origem auto-toxica, cuja physiopathologia, de singela comprehensão, é de conhecimento generalizado.

Ainda hoje, ha indicação precisa e sabia, para o emprego destas operações, provindas de ideias simplistas, no tratamento curativo das oclusões intestinaes, quando, em as intervenções, realizadas em tempo oportunissimo, não houverem indicios de existencia de alterações do conteúdo e do continente intestinal, de modo a se ter certeza, que não existe a bolça toxica intra-peritoneal.

Feita a relaparatomia, toda a vez que as alterações visceraes estiverem a indicar a existencia de um foco toxico, na alça situada a montante da lesão inicial de obstrução, a orientação do cirurgião não deve visar, apenas, o restabellecimento do transito interrompido, mas, tambem, e de modo especial e preferencial, deve, elle, procurar resecar, cirurgicamente, o foco de desintegração tissular e de fermentação, ou, quando tal não lhe fôr possivel, deve pro-

curar subtrahir o organismo a acção dos venenos, derivando para o exterior a maioria das substancias formadas e retidas no intestino doente, recorrendo ao processo da exteriorisação de uma alça, ao seu abocamento a parede do ventre ou á uma drenagem de seu conteúdo, por meio de uma sonda de gomma.

Ha, ainda, em os dias ultimos, desta doença post-operatoria, quando as lesões visceraes forem vastas e profundas, em plena vigencia da *syndrome* humoral, em pleno declinio de todas as funcções vitaes, a preencher-se uma dura indicação operatoria, quando se vislumbrar, ainda, alguma possibilidade de cura, a qual indicação não pôde consistir senão na rapida exteriorisação da alça dilatada ou na singela fistulisação sua á parede abdominal, visando-se desintoxicar o doente, em primeiro lugar, para se restabellecer a continuidade do tubo digestivo, secundariamente, quando o operado subsistir.

Talvez, em alguns destes casos, se esteja auctorisado a vacillar, perante o aspero dever, que se tem, de reoperar, já que os ensejos de sobrevivencia são diminutos e já que se põe a bailar, deante da luz, de nossas consciencias, a ideia, de que se ha passado os limites da operabilidade, do doente.

Na realização destas graves operações, ha certos requisitos de technica, que o cirurgião pratica, conforme as peculiaridades, de cada caso, de acôrdo com o impulso de seu proprio coração, quando elle está a sentir o *rythmo* da vida, confiada a sua capacidade profissional, a depender da acção de suas mãos de operador.

Sob a premencia destas circunstancias, elle sente-se no dever de poupar, ao maximo, as forças do doente, procurando, para isso conseguir, chegar, rapidamente, ao foco principal das lesões, traumatizando, no minimo possivel as visceras intra-abdominaes, retro-peritoneaes e as de outras regiões contiguas, fazendo tudo, o que for necessario fazer, de modo delicado e de modo decidido, ao mesmo tempo, em que transfunde sôros, sangue e que injecta substancias therapeuticas, de acção apropriadas á manutenção da energia vital, em desfallecimento.

Prosseguindo, nesta finalidade, elle evitará, sempre, que fôr possivel, de penetrar no ventre, através da primitiva laparatomia, porquanto, a operação visceral se torna mais facil, quando se puder che-

gar, de uma peripheria livre ou pouco alterada, sobre a zona adherida, que centraliza a lesão, pois que, como se sabe, as manobras cirurgicas são muito mais difíceis, quando se penetrar, de inicio, em pleno fóco das synechias, em virtude de ser a orientação, para se alcançar a lesão inicial, não só difficil e confusa, mas de haver necessidade, via de regra, de trabalho excessivamente prolongado, para o caso, na finalidade de se isolar os órgãos contidos no plastron de adherencias.

Em estes casos, o cirurgião destaca adherencias, secciona bridas, peritonializa superficies esfoladas, resecta segmentos intestinaes, faz anastomoses, colloca sondas drenantes, fistula na parede, exteriorisa alças, age celere, precisa e intelligentemente, no meio de condições confusas, devido ao processo adherencial vasto, a envolver intestino, epiploen, ovarios trompas e outras visceras e realiza trabalho racional e util, que conduz á cura do mal, algumas vezes.

Tem se a impressão, que a voz silenciosa da experiencia e da sabedoria adquirida está a guiar a sua mão, no meio do emaranhado de órgãos e de lesões, e está, tambem, a conduzi-lo, para o successo therapeutico, ensejando-lhe a faculdade de praticar, com facilidade e com serenidade, os actos cirurgicos indispensaveis, para isso.

Naquelles casos, em os quaes as condições de resistencia fôrem suficientes, deve o operador prosseguir, tenazmente, na realisação correcta dos actos operatorios, que conduzem ao isolamento das visceras e que permitem a resecção do segmento intestinal, em estado de desagregação toxica, ameaçadora da existencia individual.

Entretanto, certas vezes, quando houver muitas synechias antigas e adherencias recentes, o cirurgião pôde tropeçar, já que os órgãos se acham amolecidos pelas circumstancias pathologicas vigentes no momento da intervenção, com situações technicas difíceis, que lhes pôde parecer, á primeira vista, inexpugnaveis, deante das labirinticas barreiras, que se apresentam, e que se lhe afiguram incapazes de serem vencidas, cirurgicamente.

Mas a acção delicada, tenaz e intelligente do tecnico, tomando o primeiro segmento intestinal, que poudes isolar, como um fio de Ariadne o levará, embora

com certa demora, ao successo technico, o qual constitue uma condição principal do successo therapeutico total.

Assim, agindo, ficará o cirurgião satisfeito, com o seu dever cumprido rigorosamente, mas, de modo nenhum, ficará contente, com a alta percentagem de insuccessos, que sobrevem, nesta cathegoria de intervenções, apesar de sua technica ter sido irreprovavel.

Ao reflectir-se, sobre este capitulo da cirurgia e sobre os problemas, que, nelle, se nos apresentam, os quaes, conforme nossa maneira de ver, merecem ser estudados cuidadosamente, temos tido a impressão, que o intellecto humano, que investiga, quasi automaticamente, ou, melhor, instinctivamente, o porque das cousas, agindo methodica, teimosa e intelligentemente, os vae, a pouco e pouco, tornando mais claros, mais comprehensíveis, mais accessíveis ás analyses, e vae, paripassu, imaginando methodos therapeuticos, descobrindo ou inventando novos meios e novas technicas cirurgicas, de maneira a se poder corrigir os desvios das funções e a se conseguir annular os maleficios decorrentes das alterações pathologicas.

Na medida, em que novos esclarecimentos tem surgido sobre a physiologia pathologica das doenças, se vem registando o emprego de novos meios de cura das diferentes molestias existentes, de maneira a se vir aproximando, gradativamente, a therapeutica, do ponto optimo dos successos de cura.

Mas, as vezes, como, recentemente, se tem verificado, de modo repetido, sob o influxo da luz, que surge, das descobertas de genios da sciencia, tem havido surtos de progresso científico, a se projetarem, latamente, em vastos ambitos da vida.

Entretanto, nas oclusões intestinaes principalmente naquellas da phase post-operatoria, não se tem, ao que sabemos, constatado nenhum progresso importante, lento ou revolucionario, que tivesse ensejado um grande melhoramento, uma melhora decisiva, patente, no coefficiente de curas deste mal.

Mas, nem por isso, se tem o direito de desanimar, porque se sabe, que, na natureza, aonde existem todas as forças e todas as possibilidades de descobertas, que se puder imaginar, que ella contenha, assim acontece, normalmente, de modo a ter feito alguém, de genio extraordinario, di-

zer, que no mundo tudo gira em torno do acaso.

Por isso, é justo, é racional, que se possa esperar ser captado, algum dia, do seio mysterioso do desconhecido, os meios apropriados para se attinir as metas, que se tenta alcançar, quer de modo directo ou quer de modo indirecto.

Por consequencia deste facto, não é de se extranhar, que o scientista procure ver para além da cortina, que intercepta a visão do desconhecido, procurando enxergar na penumbra, lá reinante, a solução da incognita, das incognitas, de utilidade, para a humanidade.

Olhando na direcção da esphyngé, por ângulos visuaes diferentes, de visão mental, poderá alguém, num amanhã desconhecido, ter a possibilidade de vislumbra, qual alchimista, a solução de algum enigma, que se procura descobrir.

Embora a mão do acaso tenha levado o homem a fazer muitas descobertas, em todo o caso, a maioria dellas se evidenciou, como sendo uma consequencia dos conhecimentos das leis de sciencia, que presidem aos phenomenos da natureza.

Por isso, util se torna, até imprescindivel deve ser, o conhecimento destas leis, embora devamos saber, que sua interpretação actual, possa ser susceptivel de modificações, diante dos factos novos, que vierem sendo estudados.

Na perseguição destes fins, deve o scientista deixar as cogitações sobre o principio e o fim das cousas, para aquelles, que se dedicam ao estudo dos phenomenos dos outros mundos, ficando elle com as cogitações relativas aos phenomenos das espheras dos corpos planetarios, propria-

mente ditos, dos mundos materiaes, centralizados pelos sóes, a percorrerem as suas trajetorias elegantes no fundo de todos os ceos e a girarem uma eternidade sem fim, e das forças, que estão a reger os phenomenos, que lhes são inherentes e que parecem estabelecer relações de reciprocidade, entre elles, em seus equilibrios, no espaço sem limites.

Si pensarmos, com Laplace e com Leibnitz, que no mundo tudo é movimento, e si concluirmos, com Meyer, que no mundo tudo é força, tudo vem das forças e tudo retorna às forças originárias, poderemos concluir, que, de infinitos recursos, poderá, talvez, dispor o homem, para melhorar as suas condições de existência, neste orbe terrestre.

Mas, para que elle possa se asenhorar destes recursos e por meio delles alcançar estas condições de melhora de vida, elle terá de fazer seu cerebro vibrar, intensamente, á capta das cousas uteis, que existem, mas que não possui, ainda, porque immersa se acham nos dominios das cousas ignoradas.

É, em consequencia desta possibilidade de se extrahir, num amanhã indeterminado, factos, de valôres decisivos, do seio, que se sonda, do desconhecido, que se alimenta a esperanza de um aperfeiçoamento progressivo e de tudo o que existe, para nós, e é, por isso, que os technicos estão a render as suas homenagens antecipadas, aos Aristoteles, aos Pasteurs, aos Listers, aos Eherlichs, aos Hahns, aos Lavoisiers, Fichers, Pelltetiers, Doyons e Sauerbruchs, que vierem apparecendo, nos dias, que hão de vir.